



Carmen Costa Sánchez

**A Comunicación Hospitalaria en Galicia.
Bases para unha comunicación orientada ao usuario
hospitalizado**

Tomo I

Baixo a dirección do Doutor
José Miguel Túniz López

Departamento de Ciencias da Comunicación
Facultade de Ciencias da Comunicación
Santiago de Compostela, 2009

“Era preciso informar a los amigos de que había enfermado de nuevo.
Sobre todo, era preciso recuperar información.
La información suponía control, ¿no era cierto?
Al menos para ella siempre había sido así.
Y el control era un requisito previo de la
esperanza”.

(David Rieff, *Un mar de muerte: Recuerdos de un hijo*)

“El hospital es un gigantesco edificio cruzado de corredores,
donde nunca es de noche ni cambia la temperatura,
el día se ha detenido en las lámparas y el verano en las estufas.
Las rutinas se repiten con majadera precisión...”

(Isabel Allende, *Paula*)

A meus pais, orgullo e exemplo

A Fran, polo corazón

A miña irmá Ana, quen nunca deixa de
aprenderme cousas

Agradecementos

A Miguel Túñez, por acompañarme e guiarme no camiño

A Iria Veiga e Miguel Anxo García, pola xenerosidade

A todas as persoas que dun modo ou doutro me axudaron
a facer posible este traballo

CONSIDERACIÓN RESPECTO DO TRATAMENTO DE XÉNERO

Ao longo desta tese, faise referencia a termos como “médico”, “facultativo”, “enfermeiro”, “celador”, “o paciente”, e outras expresións ou palabras que teñen a súa forma en feminino. Evitouse empregar sistematicamente a dobre fórmula “o usuario/ a usuaria”, “o facultativo/ a facultativa”, “os cidadáns/ as cidadás”, etc. con obxecto de facer máis dinámica a lectura, sen que iso pretenda dar a entender, en ningún caso, unha discriminación por cuestión de xénero.

Índice

INTRODUCCIÓN

1. Encadre e motivacións: ¿Por que unha tese sobre a Comunicación Hospitalaria?	1
2. Estrutura do traballo. Síntese de contidos.	5

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN Á COMUNICACIÓN HOSPITALARIA

1. Exploración conceptual. Da Comunicación Institucional á Comunicación Hospitalaria	12
1.1. A Comunicación Hospitalaria no marco da comunicación institucional.	18
1.2. O punto de partida. As Relacións Públicas. Evolución.	26
2. O gabinete de comunicación. Orixe, definición, tipoloxía e funcións	35
2.1. Requerimentos da función de comunicación.	47
2.1.1. O plan de comunicación.	51
3. Vertentes da comunicación institucional: Comunicación interna e comunicación externa	56
3.1. Públicos: concepto e tipos. A comunicación intermedia.	58
3.2. A comunicación institucional interna. Funcións.	60
3.2.1. A política de comunicación interna.	66
3.2.2. Canles de comunicación interna.	71
3.2.3. Teorías da organización e comunicación interna.	77
3.2.3.1. Condicionantes e condicionados da comunicación Interna:	86
▪ O clima organizacional	
▪ A cultura corporativa	
▪ A satisfacción laboral e motivación	
▪ A reputación interna	
3.3. A comunicación institucional externa.	124
3.3.1. Relacións coa sociedade.	124
3.3.2. Publicidade e marketing.	124

3.3.3. As relacións cos medios de comunicación. Os instrumentos máis empregados nas relacións cos medios: comunicados e conferencias de prensa.	127
3.3.3.1. Os comunicados ou notas de prensa.	130
3.3.3.2. As conferencias ou roldas de prensa.	132
4. A Comunicación Hospitalaria.	136
4. 1. O marco competencial da sanidade en Galicia.	136
4. 2. A organización do Servizo Galego de Saúde (Sergas). O hospital no sistema sanitario galego.	140
4.2.1. Os órganos xestores da sanidade en Galicia. Consellería de Sanidade e SERGAS. Recursos da sanidade en Galicia.	140
4.2.2. O hospital. Historia, definición, tipoloxía e funcións.	148
4.2.2.1. Organización interna do hospital. Organigrama. Dos modelos organizativos tradicionais á xestión clínica. Persoal hospitalario.	154
4.3. O servizo hospitalario.	168
4.4. O gabinete de comunicación do hospital. Públicos e vertentes comunicativas.	174
4.4.1. Funcións do gabinete de comunicación do hospital. Proposta de departamento de comunicación para un hospital.	182
4.4.2. A comunicación hospitalaria interna. Obxectivos e canles de comunicación.	188
4.4.2.1. O rol clave do Xefe de servizo	194
4.4.2.2. Políticas de motivación dos profesionais do hospital	198
4.4.3. A comunicación hospitalaria intermedia. Comunicación cos usuarios dos servizos do hospital.	204
4.4.3.1. Servizos orientados ao trato co usuario.	211
4.4.4. A comunicación hospitalaria externa. Relacións coa sociedade, as institucións e os medios.	216
5. Bibliografía e fontes consultadas na elaboración do capítulo	224

CAPÍTULO II:
INTRODUCCIÓN Á COMUNICACIÓN PARA A SAÚDE

1. Introducción á Comunicación para a Saúde.	
Definicións e obxectivos.	242
1.1. Niveis e ámbitos de aplicación. A Comunicación Hospitalaria.	245
2. Aproximación a conceptos de interese: saúde, saúde pública, sanidade e medicina. A información sobre saúde, sanitaria e médica.	248
2.1. O concepto de saúde pública e a súa evolución	253
2.2. Os conceptos de sanidade e medicina. Información sobre saúde, sanitaria e médica.	260
2.2.1. Información sobre saúde sanitaria e médica	262
3. Información sobre saúde, sanitaria e médica nos medios de comunicación en España. Estado da cuestión.	265
3.1. A prensa xeralista: prensa de pago e gratuíta.	268
3.2. A televisión.	272
3.3. A radio.	280
3.4. As revistas.	282
3.5. A Rede.	285
3.5.1. O correo electrónico como canle de comunicación.	288
3.6. A prensa médica: breve historia e situación actual da prensa médica en España. O caso de diario médico.	291
3.6.1. Breve historia da prensa médica en España.	291
3.6.2. Descrición da situación actual.	294
3.6.3. O caso de <i>Diario Médico</i> .	297
4. Tratamento informativo da información sobre saúde, sanitaria e médica nos medios xeralistas. Xornalismo científico e xornalismo da saúde.	300
4.1. Crítica ao tratamento informativo actual. Proposta de mellora do ciclo de produción da información sobre saúde.	300
4.2. A especialización do xornalismo. O xornalismo da saúde.	309

4.2.1. Funcións do xornalismo científico e do xornalismo da saúde.	311
5. As fontes da información sobre saúde. O hospital como fonte de información.	317
5.1. Fontes de información sobre saúde. Proposta de clasificación.	317
5.2. Relación fontes-xornalistas na área da saúde.	326
6. Bibliografía e fontes consultadas na elaboración do capítulo.	330

<p style="text-align: center;">CAPÍTULO III: INTRODUCCIÓN Á COMUNICACIÓN MÉDICO-USUARIO</p>

1. Os roles de médico e de paciente. Evolución histórica. Como se ven o un ao outro? Dificultades na relación.	343
2. Condicionantes psicolóxicas da relación asistencial: burn-out no profesional sanitario e/ou estrés no usuario hospitalizado.	354
2.1. Síndrome do profesional queimado.	355
2.2. Impacto psicolóxico da hospitalización no usuario.	359
2.3. A información como estratexia de afrontamento.	364
3. Rexime xurídico da información ao usuario hospitalizado.	368
3.1. Tratados internacionais. Lexislación europea, española e galega.	368
A) Tratados internacionais	
B) Lexislación a nivel europeo	
C) Lexislación española	
D) Lexislación galega.	
3.2. Iniciativas sociais na promoción dos dereitos dos pacientes.	381
3.3. Documentos médico-legais: historia clínica, documento de consentimento informado e de instrucións previas.	383
3.3.1 O parte xudicial de lesións.	396
4. A relación médico-paciente. Tipoloxías. Proposta de clasificación en función do nivel de información desexada e proporcionada.	400
4.1. Qué se entende por relación médico-paciente.	400

4.2. Tipos de relación médico-paciente. Proposta de clasificación.	405
5. A comunicación médico – usuario.	414
5.1. A comunicación médico-paciente como campo de estudo.	
Liñas de investigación.	415
5.2. Bases para unha comunicación adecuada: a comunicación centrada no paciente.	433
5.3. A entrevista clínica: características, etapas, recomendacións.	437
5.4. Habilidades comunicativas necesarias para os profesionais sanitarios.	443
6. A comunicación co usuario hospitalizado. Tres contextos fundamentais: admisión, pase de visita diario e alta médica.	451
6.1. Secuenciación da comunicación co usuario hospitalizado: momentos clave e tipos de información asociados.	456
6.2. Comunicación co neno e co ancián hospitalizado.	466
7. Comunicar ‘malas noticias’. Planificación do proceso de comunicación dun diagnóstico negativo.	469
7.1. Qué é unha mala noticia. Factores que dificultan a comunicación de malas noticias.	470
7.2. Como dar malas noticias. Estratexias que contribúen a comunicar malas novas	473
8. A linguaxe médica. O médico-divulgador.	479
8.1. Os documentos dirixidos ó usuario. Recomendacións de estilo.	482
9. Bibliografía e fontes consultadas na elaboración do capítulo	489

CAPÍTULO IV:
A COMUNICACIÓN HOSPITALARIA EN GALICIA.
COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN AO USUARIO HOSPITALIZADO.
BASES PARA UNHA COMUNICACIÓN
ORIENTADA AO USUARIO HOSPITALIZADO

1. Reflexión previa. Algúns datos de interese	509
1.1. Diagnóstico previo: Barómetro Sanitario 2007.	510
2. Propósito e obxectivos da investigación	513
3. Hipóteses de partida	516
4. Metodoloxía:	519
4.1. Indicios	519
4.2. Técnicas metodolóxicas aplicadas	520
5. Resultados. Conclusións iniciais	537
Bloque 1: A Comunicación Hospitalaria en Galicia	538
1.1. A Comunicación Hospitalaria na rede pública galega	538
1.2. A Comunicación Hospitalaria na rede privada galega	558
1.3. Visión de conxunto. A Comunicación Hospitalaria en Galicia	563
Bloque 2: Comunicación e información ao usuario Hospitalizado	580
2.1. Características dos enquisados/as	585
2.2. Resultados.	588
2.3. Conclusións.	614
Bloque 3: Documentos hospitalarios	629
3.1. Resultados	638
3.2. Conclusións: Presentación e redacción dos documentos analizados	658
3.3. Grupos de traballo sobre a comprensión dos documentos de consentimento informado	660
3.4. Conclusións	669
Bloque 4: Conclusións finais	673
4.1. Síntese de conclusións.	674
4.2. Liñas de investigación abertas.	691

6.-Bibliografía e fontes consultadas na elaboración do capítulo 694

ÍNDICE DE TÁBOAS, ESQUEMAS, FIGURAS, ORGANIGRAMAS E GRÁFICAS	699
ANEXOS	718
Anexo I	719
Exemplos de partes médicos da Dirección provincial do SERGAS en Pontevedra	
Anexo II	720
Parte de lesións do CHUS	
Anexo III	721
Cuestionario a usuarios Test de comprensión de documentos de consentimento informado	
Anexo IV	
Conxunto de documentos hospitalarios analizados (CD)	

INTRODUCCIÓN

1. ENCADRE E MOTIVACIÓNS: ¿POR QUE UNHA TESE SOBRE A COMUNICACIÓN HOSPITALARIA?

O interese pola comunicación no ámbito hospitalario parte da curiosidade por unha institución, o hospital, altamente complexa e socialmente relevante e necesaria, mais escasamente estudada dende a perspectiva comunicativa. Partimos, polo tanto, do interese por unha organización que se caracteriza por unha grande importancia da compoñente humana, e que, polo tipo de actividade que desenvolve, precisa da comunicación como ferramenta de xestión e de traballo a prol da prevención, da vixilancia e do coidado da saúde dos seus usuarios e dos cidadáns en xeral.

A alta complexidade do hospital xustifícase pola confluencia de diversos factores que serán abordados en distintos momentos desta tese, pero que podemos sintetizar nos seguintes:

- En primeiro lugar, o hospital acolle un elevado número de profesionais de distinto perfil e con competencias distintas, que deben traballar conxunta e coordinadamente a diario.
- En segundo lugar, no hospital conviven múltiples liñas de mando e múltiples metas que coexisten en función dos grupos profesionais (médicos, enfermeiros, auxiliares, persoal de administración, etc.).
- En terceiro lugar, no hospital préstase un servizo de alta complexidade, tan variable como o paciente ao que se trata e que ademais aúna a vertente médica coa vertente de atención continuada e, necesariamente, de hospedaxe.
- En cuarto lugar, o hospital atende a unha gran diversidade de usuarios, cada un cunhas circunstancias e particularidades, un fluxo continuo de pacientes ao que se debe prestar atención as 24 horas.
- En quinto lugar, o hospital adícase a unha actividade multidimensional que comprende: a curativo – rehabilitadora (a súa razón de ser); a educativa (para educar en saúde os pacientes, pero tamén para contribuír á formación dos profesionais sanitarios); a investigadora (adica á produción científica) e a residencial (de *hotel* para pacientes).
- En sexto lugar, o hospital enmarca unha gran diversidade de interaccións: entre profesionais sanitarios e non sanitarios; profesionais e pacientes; profesionais e familiares; profesionais sanitarios entre si e un longo etcétera.

O seu papel necesario e relevante para a sociedade resulta patente dende fai séculos, pois xa dende a Antigüidade as distintas civilizacións foron creando institucións destinadas á curación e rehabilitación das persoas que enfermaban ou, en determinados casos, ao seu confinamento.

A comunicación dende e no hospital constitúe, polo tanto, un obxecto de estudo fascinante porque á marxe da infraestrutura, da tecnoloxía e dos medicamentos, o hospital ten na comunicación a base fundamental do exercicio da súa actividade.

Porén, a pesar de ser unha organización que vixía e salvagarda a saúde da comunidade, unha organización “necesaria” para todos, a relación entre o hospital e a sociedade non goza da mellor saúde posible, tal e como nolo amosan algúns indicadores. En primeiro lugar, en datos dos Informes do Valedor do Pobo, o índice de queixas presentadas en relación coa área de saúde en Galicia increméntase ano tras ano (pasou de 94 en 2001 a 219 en 2008) e a súa meirande parte, como se subliña nos diferentes informes, están relacionadas coa Atención Especializada (coa atención hospitalaria, polo tanto)¹. Increméntanse, asimesmo, co paso dos anos, as denuncias por mala praxe médica², ao que hai que engadir o aumento das agresións aos profesionais sanitarios³.

Polo tanto, os hospitais afrontan un primeiro desafío na mellora da súa imaxe ante a sociedade, no incremento da confianza dos usuarios efectivos e potenciais nos seus servizos, na mellora da relacións entre os seus profesionais e os seus clientes.

O seu segundo reto está intimamente ligado ao anterior. O hospital debe procurar adaptarse aos cambios que acontecen ao seu redor, o que logrará en maior medida se incorpora con profesionalidade e transversalidade a función de comunicación. Esta última permitiralle estar atento aos cambios que acontezan no seu entorno, detectar actuais e futuras necesidades e planificar a estratexia dirixida a conseguir os seus obxectivos.

Sendo conscientes de todo isto, as xerencias hospitalarias deben plantexarse con certa urxencia a creación e optimización dun departamento que dea resposta ás novas necesidades comunicativas; un departamento que contribúa dende a comunicación a lograr os obxectivos estratéxicos da institución a todos os niveis:

¹ Pódense consultar os Informes anuais do Valedor do Pobo en <http://www.valedordopobo.com/index.php?s=112> [20/06/09]

² “El Consejo General de Enfermería alerta del incremento de las denuncias de pacientes”, *Publico*, 28/01/09; “Los médicos detectan un incremento de denuncias penales y civiles de pacientes”, *La Opinión de Tenerife*, 19/10/08; “Errores millonarios”, *ADN*, 10/06/08.

³ “8.000 médicos españoles han sufrido agresiones de sus pacientes” (*El País*, 09/05/07); “El Colegio de Enfermería exige medidas contra las agresiones” (*La Voz de Galicia*, 23/04/08); “La Fiscalía de Madrid acuerda que las agresiones a médicos puedan castigarse con cinco años de cárcel” (*La Voz de Galicia*, 06/05/08).

- 1) A nivel interno, para unir os esforzos dos distintos colectivos profesionais do hospital e dirixilos cara as metas e obxectivos comúns. Para motivalos, mellorar as relacións entre eles, integralos, compartir un proxecto común.
- 2) A nivel externo, para mellorar as súas relacións coa sociedade, incidindo nunha imaxe pública en positivo. Para axudar a educar os cidadáns en materia de saúde, para mantelos informados, para converterse en fonte de información de referencia.
- 3) A nivel intermedio, para satisfacer as necesidades dos seus usuarios efectivos, aqueles que precisan e deciden botar man dos seus servizos. A prestación dun servizo implica comunicación. No caso do servizo hospitalario, o trato e a información ao usuario son dous vectores clave para conseguir a súa satisfacción.

Actualmente, fálase da necesidade de humanizar a asistencia sanitaria, a relación cos usuarios dos servizos de saúde e, de modo máis específico, da necesidade de humanizar o hospital. Humanizar implica relación, contacto, consideración do paciente como persoa, non como problema fisiolóxico ou como enfermidade. Humanizar require escoitar, dialogar, comunicar(se).

Ademais, a relación médico-paciente experimentou e continúa a experimentar máis cambios nos últimos vintecinco anos que nos últimos vintecinco séculos (Ogando e García, 2006). A transición do modelo paternalista ao modelo autonomista (no que o paciente ten dereito a ser informado para poder decidir sobre o seu proceso médico), que xa está recollida no ámbito xurídico-sanitario, está a ser asumida de modo máis lento e non sen certas dificultades na práctica asistencial. Neste novo panorama, cumpre un destacado papel a evolución do rol do paciente, que posúe un maior acceso a información sanitaria (en boa medida, grazas a Internet), un maior nivel de estudos e unha maior conciencia dos seus dereitos como consumidor ou usuario, de modo que esixe non só recibir unha boa asistencia sanitaria (na parte médica), senón tamén un trato correcto, sentir que se lle respecta como persoa, obter información detallada e comprensible do que lle pasa e, cada vez máis, participar na toma de decisión sobre a súa saúde (Pérez-Jover, V. et al., 2005).

Así pois, a comunicación comparece como unha necesidade de presente e de futuro para o hospital. Mais, ¿qué se está facendo ao respecto? ¿Como se concibe na actualidade a comunicación hospitalaria? ¿Que se podería mellorar? A presente investigación nace para responder a estas e a outras preguntas. Supón un primeiro paso nun ámbito de estudo e nun sector habitualmente pechado e opaco para os *alleos* a dito entorno médico-sanitario.

Este traballo parte do convencemento de que os hospitais deben tomar conciencia da importancia da comunicación como ferramente de xestión, de supervivencia e de éxito, así como orientar as súas prácticas comunicativas a quen constitúen a razón da súa existencia: os cidadáns e os usuarios dos seus servizos. *Todo para o paciente, tendo en conta o paciente*. A nova filosofía hospitalaria require da comunicación como vehículo imprescindible de adaptación ás novas esixencias que se lle plantexan.

REFERENCIAS CITADAS

Ogando García, B. e García Pérez, C. (2006): “Veinticinco siglos de paternalismo, 25 años de autonomía: una aproximación histórica a los cambios en la relación clínica” en *Revista de calidad asistencial*, vol. 21, nº 3, páxs. 163-168.

Pérez-Jover, V. Et al. (2005): “Cómo llevar a la práctica la Declaración de Derechos del Paciente de Barcelona: recomendaciones para mejorar la comunicación con el paciente y asegurar el respeto a sus valores como persona”, en *Revista de calidad asistencial*, vol. 20, nº 6, páxs. 327-336.

2. ESTRUCTURA DO TRABALLO. SÍNTESE DE CONTIDOS.

A presente tese estrutúrase en catro capítulos: os tres primeiros adicados ao encadre teórico e o último centrado no estudo empírico desenvolvido.

O marco teórico elaborado esixiu a integración de aspectos procedentes da Comunicación Institucional, da Comunicación para a Saúde e da Comunicación médico-paciente e, consecuentemente, fusiona aportacións de diversas disciplinas como a Psicoloxía, a Medicina, a Socioloxía, as Relacións Públicas e as Ciencias da Comunicación.

O estudo práctico constitúe o primeiro estudo multicéntrico a nivel de Galicia centrado en aspectos de comunicación e información ao usuario hospitalizado. Ao longo do mesmo, préstase atención tanto ás estruturas estables de comunicación dos hospitais como aos procesos de comunicación cos usuarios hospitalizados, tanto orais coma escritos.

O primeiro capítulo leva por título *Introdución á Comunicación Hospitalaria*. Neste capítulo, buscamos asentar a comunicación do hospital no marco teórico correspondente que, segundo cremos, é o da Comunicación Institucional. Facemos, por tanto, un percorrido teórico sobre os eixos temáticos que debe incluír calquera traballo sobre comunicación nas organizacións, tales como:

- O gabinete de comunicación. Orixe, tipos, definicións e funcións.
- As vertentes comunicativas e o concepto de públicos (externos, intermedios e internos)
- Afondamos na vertente da Comunicación Interna, por considerala un elemento fundamental cara a lograr unha boa relación cos usuarios.
- Facemos un repaso das canles de comunicación.
- Sintetizamos as características ideais da Comunicación Hospitalaria.

Ademais, incorporamos aspectos novidosos relacionados co ámbito de estudo:

-
- Desenvolvemos o concepto de Comunicación Hospitalaria.
 - Aproximámonos ao concepto de comunicación intermedia, pouco desenvolvido até o de agora, mais foco de interese da presente investigación (considerados os usuarios do hospital como públicos intermedios).
 - Coñecemos a realidade da organización interna e do servizo que proporciona o hospital.
 - Conceptuamos o modelo de gabinete de comunicación dun hospital.
-

O segundo capítulo leva por título ***Introdución á Comunicación para a Saúde***. Neste capítulo, saímos da perspectiva da comunicación nas organizacións para centrarnos na información especializada en saúde, materia prima fundamental dos gabinetes de comunicación dos hospitais á hora de relacionarse cos medios.

Neste segundo capítulo, abordamos os seguintes temas:

-
- A Comunicación Hospitalaria no marco da Comunicación para a Saúde.
 - Estudo cuantitativo e cualitativo do que publican os medios xeralistas e especializados sobre saúde en España.
 - Análise das fontes informativas desta área xornalística e rutinas produtivas da información sobre saúde.
-

O terceiro capítulo, titulado, ***Introdución á Comunicación médico - usuario***, está adicado á comunicación entre o profesional médico e o paciente, acto central da praxe asistencial e da actividade diaria de calquera hospital.

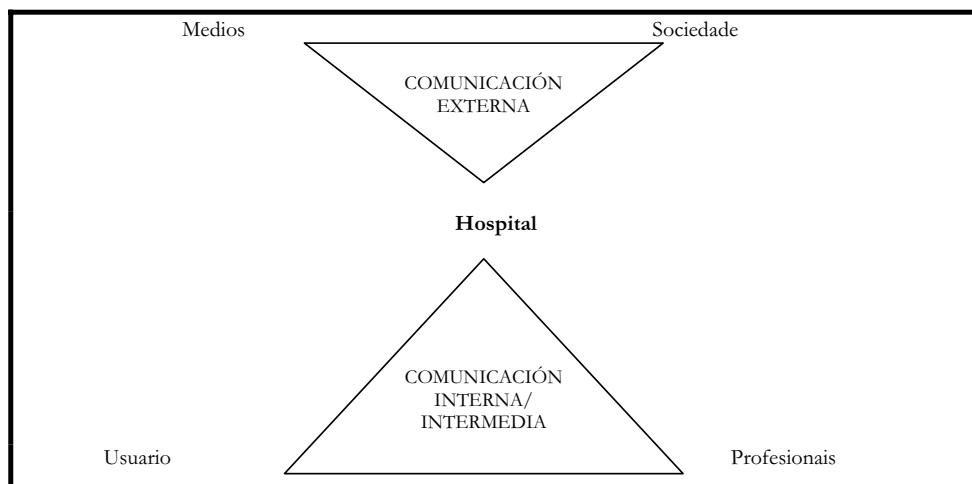
Abordar a comunicación hospitalaria implicaba deterse na comunicación médico-usuario como actividade comunicativa fundamental no hospital e do hospital posto que o profesional médico nese contexto está actuando en representación do hospital no cal desenvolve a súa labor. O médico, nesta relación que mantén co usuario, está actuando como embaixador do hospital ante un dos seus *stakeholders* máis relevantes.

Neste senso, no terceiro capítulo, recollemos a evolución que se ten producido nos roles de médico e de paciente; coñecemos máis de preto o síndrome do profesional queimado (*burn-out*) e as implicacións que ten a hospitalización para o usuario; facemos un repaso actualizado da lexislación pertinente por canto á información ao usuario hospitalizado; recollemos os distintos enfoques dende os que se aborda a relación médico-usuario e detémonos nas habilidades para unha correcta comunicación médico-usuario en maior profundidade.

Os eixos temáticos deste terceiro capítulo son:

-
- Evolución da relación médico-paciente.
 - Marco xurídico da información ao usuario hospitalizado.
 - Enfoques na relación médico-paciente.
 - A comunicación médico-usuario.
 - A comunicación durante o proceso de hospitalización
 - A redacción de documentos médicos dirixidos aos usuarios. Recomendacións.
-

Estes tres capítulos supoñen o soporte teórico desta tese e fundamentan as necesidades comunicativas da institución hospitalaria en relación cos seus públicos.



Esquema nº 1. Necesidades comunicativas do Hospital. Elaboración propia.

No cuarto capítulo expoñemos o estudo empírico que se levou a cabo para a presente tese e que se subdivide en tres grandes partes:

1) A Comunicación Hospitalaria en Galicia.

O obxectivo é o de coñecer o grao de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria en Galicia.

2) A Comunicación co usuario hospitalizado.

O obxectivo é o de coñecer as demandas informativas e de comunicación expostas polos usuarios hospitalizados.

3) Os documentos de información ao usuario hospitalizado.

Ten por obxectivo analizar e someter a estudo o grao de comprensión dos documentos de información que se entregan aos usuarios dos hospitais.

O obxectivo final do presente traballo era o de coñecer como empregan a comunicación os hospitais en relación cos seus usuarios e cales son as demandas informativas e de comunicación que

estes manifestan, nun intento por aproximar o hospital ao seu público fundamental e razón de ser: os usuarios.

Isto deu lugar a unha valoración da situación actual a partir da que se propoñen as ***Bases para unha comunicación orientada ao usuario hospitalizado***, unha proposta de actuacións que poderían ser útiles como guía no proceso de comunicación e de información ao usuario hospitalizado.

Capítulo I

INTRODUCCIÓN Á COMUNICACIÓN HOSPITALARIA

ÍNDICE DO CAPÍTULO I

1. Exploración conceptual. Da Comunicación Institucional	
á Comunicación Hospitalaria	12
1.1. A Comunicación Hospitalaria no marco da comunicación institucional.	18
1.2. O punto de partida. As Relacións Públicas. Evolución.	26
2. O gabinete de comunicación. Orixe, definición, tipoloxía e funcións	35
2.1. Requerimentos da función de comunicación.	47
2.1.1. O plan de comunicación.	51
3. Vertentes da comunicación institucional:	
Comunicación interna e comunicación externa	56
3.1. Públicos: concepto e tipos. A comunicación intermedia.	58
3.2. A comunicación institucional interna. Funcións.	60
3.2.1. A política de comunicación interna.	66
3.2.2. Canles de comunicación interna.	71
3.2.3. Teorías da organización e comunicación interna.	77
3.2.3.1. Condicionantes e condicionados da comunicación Interna:	86
▪ O clima organizacional	
▪ A cultura corporativa	
▪ A satisfacción laboral e motivación	
▪ A reputación interna	
3.3. A comunicación institucional externa.	124
3.3.1. Relacións coa sociedade.	124
3.3.2. Publicidade e marketing.	124
3.3.3. As relacións cos medios de comunicación. Os instrumentos máis empregados nas relacións cos medios: comunicados e conferencias de prensa.	127
3.3.3.1. Os comunicados ou notas de prensa.	130
3.3.3.2. As conferencias ou roldas de prensa.	132
4. A Comunicación Hospitalaria.	136
4. 1. O marco competencial da sanidade en Galicia.	136
4. 2. A organización do Servizo Galego de Saúde (Sergas). O hospital no sistema sanitario galego.	140
4.2.1. Os órganos xestores da sanidade en Galicia. Consellería de Sanidade	

e SERGAS. Recursos da sanidade en Galicia.	140
4.2.2. O hospital. Historia, definición, tipoloxía e funcións.	148
4.2.2.1. Organización interna do hospital. Organigrama.	
Dos modelos organizativos tradicionais á xestión clínica.	
Persoal hospitalario.	154
4.3. O servizo hospitalario.	168
4.4. O gabinete de comunicación do hospital. Públicos e vertentes comunicativas.	174
4.4.1. Funcións do gabinete de comunicación do hospital.	
Proposta de departamento de comunicación para un hospital.	182
4.4.2. A comunicación hospitalaria interna. Obxectivos e canles de comunicación.	188
4.4.2.1. O rol clave do Xefe de servizo	194
4.4.2.2. Políticas de motivación dos profesionais do hospital	198
4.4.3. A comunicación hospitalaria intermedia. Comunicación cos usuarios dos servizos do hospital.	204
4.4.3.1. Servizos orientados ao trato co usuario.	211
4.4.4. A comunicación hospitalaria externa. Relacións coa sociedade, as institucións e os medios.	216
5. Bibliografía e fontes consultadas na elaboración do capítulo	224

1. EXPLORACIÓN CONCEPTUAL. DA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL Á COMUNICACIÓN HOSPITALARIA.

Existe unha ampla variedade terminolóxica respecto da Comunicación que se realiza dende as fontes organizadas, de maneira que podemos atopar bibliografía sobre Comunicación Organizacional, Comunicación Empresarial, Comunicación Institucional, Comunicación Corporativa e/ou Relacións Públicas.

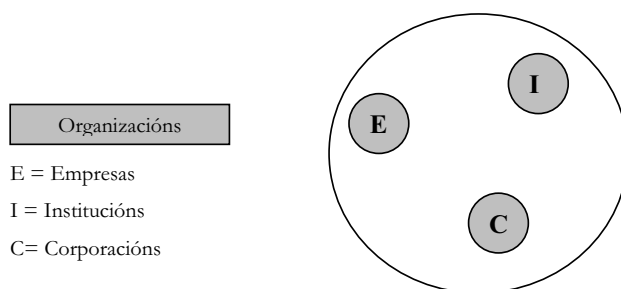
Todas estas expresións fan referencia ás actividades de Comunicación que proceden ou se desenvolven nunha entidade organizada (organismos públicos e privados, asociacións, entidades con e sen ánimo de lucro, etc.) que, como parte da sociedade na que se integra, busca darse a coñecer, ofrecendo unha imaxe en positivo de si mesma e da súa actividade.

Porén, non debería empregarse unha denominación ou outra indistintamente pois, se nos detemos en cada unha delas, veremos que existen matices diferenciadores nos que, tendo en conta a saturación terminolóxica existente, convén afondar. Comecemos polos termos que dan orixe a estas expresións:

Concepto	Definición RAE	Rasgos distintivos
Organización	“Asociación de personas regulada por un conjunto de normas en función de determinados fines”.	Conxunto de persoas + Normas + Finalidade
Empresa	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Acción o tarefa que entraña dificultad y cuya ejecución requiere decisión y esfuerzo”. 2. “Unidad de organización dedicada a actividades industriales, mercantiles o de prestación de servicios con fines lucrativos”. 	<p>Acción + Dificultosa</p> <p>Os da Organización + Actividades industriais/ mercantís/ servizos + Fins lucrativos</p>
Corporación	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Organización compuesta por personas que, como miembros de ella, la gobiernan”. 2. “Empresa, normalmente de grandes dimensiones, en especial si agrupa a otras menores”. 	<p>Os da Organización + Goberno</p> <p>Os da Empresa (e os da Organización) + Grandes dimensións</p>
Institución	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Establecimiento o fundación de algo”. 2. “Organismo que desempeña una función de interés público, especialmente benéfico o docente”. 3. “Órganos constitucionales del poder soberano en la nación”. 	<p>Inicio, instauración</p> <p>Os da Organización + Interese público</p>

Táboa nº 1. Definición de Organización, Empresa, Corporación e Institución segundo o diccionario da RAE.
Elaboración propia

Como podemos ver, as definicións abren unha serie de campos semánticos que comparten certo territorio, concretamente, o da Organización, posto que as empresas, as institucións e as corporacións, todas elas, teñen en común o feito de ser entidades organizadas, pois reúnen a un conxunto de persoas que funcionan con arreglo a unhas normas para alcanzar uns determinados obxectivos ou fines.



Esquema nº 2. Empresas, Institucións e Corporacións como entidades organizadas.
Elaboración propia.

Por canto ás súas particularidades, probablemente, teñamos máis claro o concepto de **Empresa**, entendida como a entidade que oferta unha serie de produtos e/ou servizos no mercado, co fin de obter unha rendibilidade económica.

“La empresa es una organización que combina los factores de producción y distribución de bienes o servicios económicos para atender la demanda del mercado con el fin de obtener el máximo beneficio posible” (De Mateo, 2007: 119).

Non obstante, hai autores – Costa (1995) – que consideran que se trata do termo matriz pola súa etimoloxía, de forma que inda que hai empresas que se denominan *institución* porque non teñen fins mercantís, non por iso deixan de ser unha empresa (entendida como o feito de emprender unha acción ardua e dificultosa, que implica riscos).

O termo **Corporación**, pola súa banda, é de uso corrente como sinónimo de Compañía (con ese matiz de macroempresa ou de conxunto empresarial), pero tamén se emprega para subliñar un conxunto de persoas con capacidade de goberno (corporación municipal, etc.). En opinión de Costa (1995), o termo “corporación” sería válido tanto para as empresas como para as institucións:

“En el mundo anglosajón, *corporation* equivale a empresa, y *corporate* equivale a empresarial. Si esto es así, ¿por qué en español se ha adoptado este término, sobre todo cuando ya existen los vocablos empresa y empresarial? Lo que sucede es que al *corporation* anglosajón le otorgamos un sentido más nuclear que nuestro “empresa”, y vale tanto para ésta como para las instituciones”. (Costa, 1995: 200).

Por iso, para Costa (1995), o termo *corporativo/a* pode ser aplicado tanto referíndose a unha empresa como a unha institución.

Por canto ó concepto de **Institución**, supón para os teóricos unha fonte de múltiples significados ben diversos, constitúe un termo difícil de acoutar e a miúdo denomínaselle como tal a todo organismo ou ente organizado.

“En ciencia política, se emplea la palabra institución libremente y con una precisión muy limitada, ya que significa muchas cosas: desde una estructura formal, como un Parlamento, hasta entidades amorfas, como la clase social. Y hasta se describe como instituciones a otros elementos constitutivos del universo sociopolítico como las leyes y los mercados. El término también es empleado con bastante amplitud en sociología, disciplina en la que funciona casi como un sinónimo de organización” (Guy Peters, 2003: 50).

Segundo Sotelo Enríquez (2001), a institución inclúe dalgún modo o concepto de organización, pois dende as orixes da civilización, as persoas organizáronse en torno a institucións até xerar unha ampla plataforma de entidades que velan polos intereses da sociedade. Por iso, atribúe ao termo

institución unha faceta humana da que segundo explica carece a *organización*: outros xéneros de seres vivos poden formar organizacións, pero só os homes e mulleres crean institucións, as que define como:

“toda organización humana en la que varias personas, a partir de unos principios configuradores y bajo una estructura concreta, coordinan diversas actividades para lograr determinados fines en el ámbito de una entidad social superior, a la que sirve y proporciona cohesión y paradigma” (Sotelo Enríquez, 2001: 24).

Unha das diferenzas entre institución e organización ten que ver co carácter de fixeza que se lle atribúe á primeira. En opinión de Aguirre Baztán (1994),

“el concepto de organización es más dinámico que el de institución, ya que en este segundo prima más la permanencia y estabilidad que la acción (...) El concepto de organización parece ser intermedio, cuantitativa y cualitativamente, entre el de institución y grupo” (Aguirre Baztán, 1994: 13-14).

Ademais, as institucións caracterízanse por orientar a súa actividade a satisfacer unha necesidade social básica. Por iso, en palabras de Fonseca (1998: 25) as institucións son

“fundações (privadas ou oficiais) em que é predominante o interesse público”.

Ou tal como subliña Valero Matas (2007: 20) na súa definición, trátase dun:

“sistema organizado de relaciones sociales que entraña ciertos procedimientos comunes y satisface ciertas necesidades básicas de la sociedad”.

Aspectos propios dunha institución serían os seguintes (Valero Matas, 2007:19-20)

- a) É intencionada e ten como meta a satisfacción dunha necesidade social.
- b) Ten contido permanente. As pautas, roles e relacións que realicen as persoas nunha determinada cultura.
- c) Está estruturada, organizada ou coordinada. Os compoñentes tenden a manterse en cohesión e a reforzarse mutuamente.
- d) Cada institución é unha estrutura unificada no sentido de que funciona como unha unidade, inda que sexa interdependente doutras institucións.
- e) Está cargada de valor e as repetidas pautas de comportamento tornan códigos normativos de conduta.

A institución, polo tanto, oriéntase cara ás necesidades sociais, mentres que a organización responde máis ben a unha estruturación de tipo económico ou administrativo.

“The concept of organization is economic and administrative; the concept of institution is social. The organizational dimension gives an organization economic legitimacy and trustworthiness (...) From the perspective of institution, societal values are the bottom line” (Van Ruler, Vercic, 2005:254).

O criterio xeral para clasificar as institucións baséase na súa titularidade: institucións públicas ou privadas. Non obstante, Aguirre Baztán e Rodríguez Carballeira (1994) distinguen entre institucións abertas (a escola, a empresa, o hospital o concello) e institucións pechadas (a seita, o manicomio, o cuartel, o cárcere). O principal criterio diferenciador destas últimas –tamén chamadas *totais*- sería o illamento ou segregación do resto da sociedade durante un lapso considerable, de maneira que se sigue unha rutina de vida pechada e formalmente administrada¹.

¿Cales son, polo tanto, as características que lle podemos atribuír a unha institución?

- Polo xeral é unha entidade organizada integrada por un conxunto de persoas.
- Este conxunto de persoas está organizado conforme a unhas normas e de cara a uns obxectivos.
- Esas normas de organización entrañan uns procedementos comúns de actuación.
- Eses obxectivos oríéntanse a satisfacer unha necesidade social básica, de onde deriva o seu interese público.
- Teñen o carácter de instituídas e como tal de estables/permanentes, o que habitualmente se corresponde con organizacións creadas de longa traxectoria no tempo.

No presente traballo, o noso obxecto de estudo é a Comunicación Hospitalaria, considerando o hospital como unha institución pública ou privada que se adica a satisfacer unha necesidade social básica: a prevención, promoción e recuperación da saúde dos cidadáns, así como a investigación e a docencia. Os motivos que nos conducen a considerar o hospital como unha institución son, entre outros:

1. O seu carácter permanente, pois historicamente os primeiros “hospitais” apareceron no século IV, trala conversión do emperador Constantino e mesmo xa se poden atopar os seus antecedentes moito antes. Isto implica que existe a necesidade social de que existan entidades que presten o servizo sanitario dende fai moitísimo tempo.
2. O hospital presta o que podemos denominar un *servizo social*, pois a prestación do servizo hospitalario non só implica os recursos materiais e humanos necesarios para levar a cabo o acto curativo (man de obra, instrumental, tecnoloxía ou medicamentos), senón tamén unha serie de intanxibles vinculados coa promoción, a prevención e a educación en saúde. Este servizo social vai máis alá da finalidade mercantil (de negocio, aínda que no caso de determinados hospitais privados a contemplan como obxectivo), contribuíndo á

investigación e á promoción de hábitos saudables, o que redundará na mellora da calidade da saúde da cidadanía en xeral.

O que denominamos “servizo social” está a medio camiño, entre o servizo público e o servizo privado porque –aínda que se configure como un negocio- a súa posición estratéxica na sociedade fai que contribúa ó ben común.

3. Os hospitais públicos e privados non só proporcionan ou venden un servizo a un individuo (usuario ou cliente) senón que contribúen ó ben colectivo, dando resposta a unha necesidade social básica da cidadanía e contribuíndo a alcanzar unha serie de obxectivos na mellora da saúde da poboación.

En consonancia con isto, a Lei 8/2008, de 10 de xullo, de Saúde de Galicia, reconece a importancia do sector privado de atención sanitaria como complementario e subsidiario na consecución dos obxectivos e principios reitores do Sistema Público de Saúde de Galicia (Art. 88.1). Polo tanto, o servizo público de saúde de Galicia precisa para levar a cabo as súas funcións rehabilitadoras, preventivas, de investigación, etc. a colaboración e participación de hospitais públicos e privados.

En resumo, escóllese o termo *institución* para subliñar a finalidade de servizo social do hospital, a súa actividade estratéxica para a sociedade, sen menoscabo de aceptar que os recursos hospitalarios son e deben ser xestionados de maneira óptima e que a eficiencia no seu uso e a búsqueda de calidade nos seus procesos son políticas imprescindibles na súa dirección, sexan hospitais públicos ou privados. Nesta liña insisten quen definen o hospital –público e privado- como unha

“empresa de carácter científico productora de actos médicos cuxa plusvalía incrementa el bienestar social” (Marrón Gallardo, 2000: 32).

¹ As institucións totais foron estudadas por Goffman en *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (1961, trad. española, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, 1970).

1.1. A COMUNICACIÓN HOSPITALARIA NO MARCO DA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL.

Antes de adentrármonos na Comunicación Institucional, tentaremos aclarar brevemente outros conceptos que a miúdo se empregan como sinónimos, pero que non deberan empregarse indistintamente: os de Comunicación Organizacional, Empresarial e Corporativa.

En Estados Unidos e América Latina, Comunicación Empresarial e Institucional inclúense baixo o termo “Comunicación Organizacional” que Jablin (1988) define como o procedemento de creación, intercambio, procesamento e almacenamento de mensaxes dentro dun sistema de obxectivos determinados.

A Comunicación Organizacional nace en Estados Unidos como disciplina académica vinculada á Comunicación Interna.

“Como ni las relaciones públicas ni la publicidad se habían ocupado de la comunicación interna, nació una disciplina dedicada a ella, que recibió el nombre de *organizational communication*” (Sotelo Enríquez, 2001: 189)

Hoxe en día, constitúe a definición máis xeral, a miúdo empregada como comodín e amplo sinónimo de calquera dos outros termos que se manexan:

“la comunicación organizacional, en general, es el conjunto de mensajes que emite una organización tanto interna como externamente y los recursos humanos y técnicos utilizados con el fin de transmitir una imagen positiva y unificada de la entidad hacia sus diferentes públicos” (García Orosa, 2005: 49).

“forma de comunicación específica que engloba la relación comunicativa entre una organización y sus públicos” (Capriotti, 1992: 12).

A Comunicación Empresarial, pola súa banda, remite inequivocamente á Comunicación da Empresa e, polo tanto, exclúe a Comunicación das asociacións, da Administración Pública, das ONG’s, etc. Oriéntase tanto ó mercado de produtos e /ou servizos, como ó mercado da comunicación (Weil, 1992).

Por canto á Comunicación Corporativa, estamos ante un termo que ten sido identificado como

- Sinónimo de Comunicación Empresarial (Lucas Marín, 1997: 212)
- Comunicación externa das organizacións, por oposición á dirixida a públicos internos (Villafañe, 1993: 263)

- Comunicación institucional (que alude á xeralidade da empresa ou institución), por oposición á comunicación de marketing (referida unicamente aos seus produtos e/ou servizos).

Dende unha visión máis global, a Comunicación Corporativa abrangue todas as actividades comunicativas que, dalgún modo, poden contribuír a determinar a percepción que se ten dunha organización e da súa actuación (Lalueza i Bosch, 2007).

Costa (1995) ou Van Riel (1997) son outros autores partidarios desta visión omnicomprensiva da Comunicación Corporativa.

En palabras de Van Riel (1997: 26):

“la Comunicación Corporativa es un instrumento de gestión por medio del cual toda forma de comunicación interna y externa conscientemente utilizada está armonizada tan efectiva y eficazmente como sea posible, para crear una base favorable para las relaciones con los públicos de los que la empresa depende”.

Posteriormente Van Riel (1997) matiza que o termo *corporativa* non debe empregarse como adxectivo correspondente a empresa, senón en relación coa palabra latina “corpus” e, nesa medida, relacionada co “corpo”, vinculada co todo.

Respecto da Comunicación Institucional, esta denominación aplícase claramente en referencia á comunicación que poñen en práctica as institucións públicas. Así, Canel (1999) liga o concepto de Comunicación Institucional ao exercicio de certa persuasión por parte dos poderes públicos con obxecto de lograr a aprobación da súa xestión por parte dos cidadáns na cita electoral:

“conjunto de reglas (principios) y procedimientos (aplicaciones específicas) de la comunicación de intención persuasiva que, con recursos psicológicos e informativos, llevan a cabo las instituciones para influir en los destinatarios con el objetivo de conseguir en ellos unha adhesión permanente para ejercer y distribuir el poder y realizar el bien público”(1999: 76).

Costa Badía (2001: 250), para ese caso, fala de *Comunicación Pública*, que é aquela que ten lugar cando emisor e mensaxe son públicos.

Outros autores fundamentan a definición de Comunicación Institucional por oposición á Comunicación publicitaria, comercial ou de negocio, de maneira que ambas poderían ser dúas vertentes comunicativas dunha empresa en concreto ou de calquer organización, pero a primeira ocupárase de dar a coñecer a súa identidade, máis que os seus produtos e servizos.

“la Comunicación Institucional apareció para subrayar una novedad: la de un discurso que no estaba directamente destinado a vender un producto” (Weil, 1992: 25).

Dende esta concepción, a Comunicación Institucional tería como función a expresión da personalidade da organización que se complementaríaa coa función mercantil da comunicación publicitaria ou de negocio nas empresas, na que, por outra parte, tamén se transmite imaxe de empresa, pero centrándose máis no produto/ servizo ofertado.

Desta maneira, a Comunicación Institucional inviste a organización dun rol social (dunha identidade e dun discurso) que a singulariza e a lexítima para posicionarse e relacionarse coherentemente cos seus públicos.

“Este nivel dimensional institucional viene a representar la ubicación de la empresa en la ciudad. Por otra parte, da un sentido social a la empresa y desarrolla una adaptación al entorno que integra y se avanza a la simple función mercantil. También el origen del interés institucional debe buscarse en la voluntad de diferenciación” (Ventura i Boleda, 2001: 185).

Segundo Álvarez e Caballero (1997), a empresa, como institución, debe lexitimarse a nivel económico, social, político e cultural, polo que debe combinar a comunicación de produto (de marca) coa comunicación de identidade.

“El discurso institucional expresa los valores, la ideología y la misión de la empresa. La comunicación se dirige hacia un colectivo y apunta a proponer una relación cultural movilizadora e interactiva” (Álvarez e Caballero, 1997: 125).

Indo máis alá, segundo Losada (1998), a Comunicación Institucional esténdese a todos os ámbitos de interacción da organización e resulta da difusión dunha personalidade definida e congruente coa súa realidade, expectativas e obxectivos:

“conjunto de relaciones que se extiende a todos los ámbitos de interacción organizacional y que se desarrolla como expresión oficial e intencional de la institución – en calidad de actor reconocible de los procesos de comunicación – a través de la integración de todos los medios a su alcance para facilitar su propio funcionamiento interno y favorecer la creación de una determinada Imagen Pública que resulte de la difusión de una personalidad definida en congruencia con su propia realidad, sus expectativas y objetivos, con las percepciones de sus miembros y las demandas del entorno” (Losada, 1998: 52).

Para Sotelo Enríquez (2001) este rol estratéxico da Comunicación Institucional cobra todo o seu sentido nun contexto social que deveu mercado da información, no que o papel primordial do produto queda desprazado en favor das persoas. Así, define a Comunicación Institucional como a:

“función del marketing informativo desarrollada en una institución, interna y externamente, con la finalidad de descubrir, configurar y difundir los principios de su identidad en el mercado de la información” (Sotelo Enríquez, 2001: 200).

Enmatiza (Sotelo Enríquez, 2001):

1. Trátase dunha actividade organizada que promove relacións de cambio de produtos informativos.
- 2.- A titularidade do obxecto corresponde á institución, con independencia de que se realice no seu seo, ou que os seus membros contraten servizos de comunicación a outra empresa informativa.
- 3.- A comunicación proxéctase ó mesmo tempo no interior e exterior da institución. Só así pode operar cunha filosofía integral, que dea conta do un e do diferente, constitutivos da identidade.
- 4.- A identidade institucional é froito dun proceso de descubrimento, expresión e difusión a través de relacións informativas entre os membros do todo social, que concorren no mercado. Cada acto implica unha posta en común permanente, e un continuo replantexamento dos principios de identidade.

En opinión de Celeiro Álvarez (2000: 44), a comunicación institucional perfílase como un termo novo que xorde a consecuencia do enorme interese que existe polo estudo das institucións e da súa importancia na sociedade actual dominada pola información. Segundo explica, este termo estase aplicando progresiva e crecentemente debido á tendencia á institucionalización, ás hiperorganizacións e, en gran medida, á estratificación que se manifesta en todo o mundo.

Hai autores que non fan distincións e prefiren optar por unha definición conxunta da Comunicación Institucional e Empresarial. Fernando Martín defínese como a

“creación, coordinación, análise, desenvolvemento, difusión e control de toda acción de xestión informativa interna e externa (noticia - actualidade), que diariamente se produce en una empresa ou institución tanto a nivel de actividades, servizos ou produtos, que afecta a un determinado público ou colectivo social, e que se transmite a través dos Medios de Comunicación” (Martín, 1998: 23).

Martín atribúelle unha serie de funcións concretas (1998: 28):

- 1) Coordinar e canalizar o Plan Estratéxico de Comunicación da empresa ou institución.
- 2) Xestionar, en coordinación coa Alta Dirección, accións encamiñadas a mellorar a súa Imaxe corporativa.
- 3) Potenciar, desenvolver e difundir a actividade de comunicación.
- 4) Conseguir que a comunicación sexa clara, transparente rápida e veraz.
- 5) Manter estreita e eficaz relación cos Medios de Comunicación.

- 6) Verificar e controlar a calidade e incidencia informativa e publicitaria de todas as accións de Comunicación.

En resumo, a Comunicación Institucional ten sido concebida, fundamentalmente, dende dúas perspectivas:

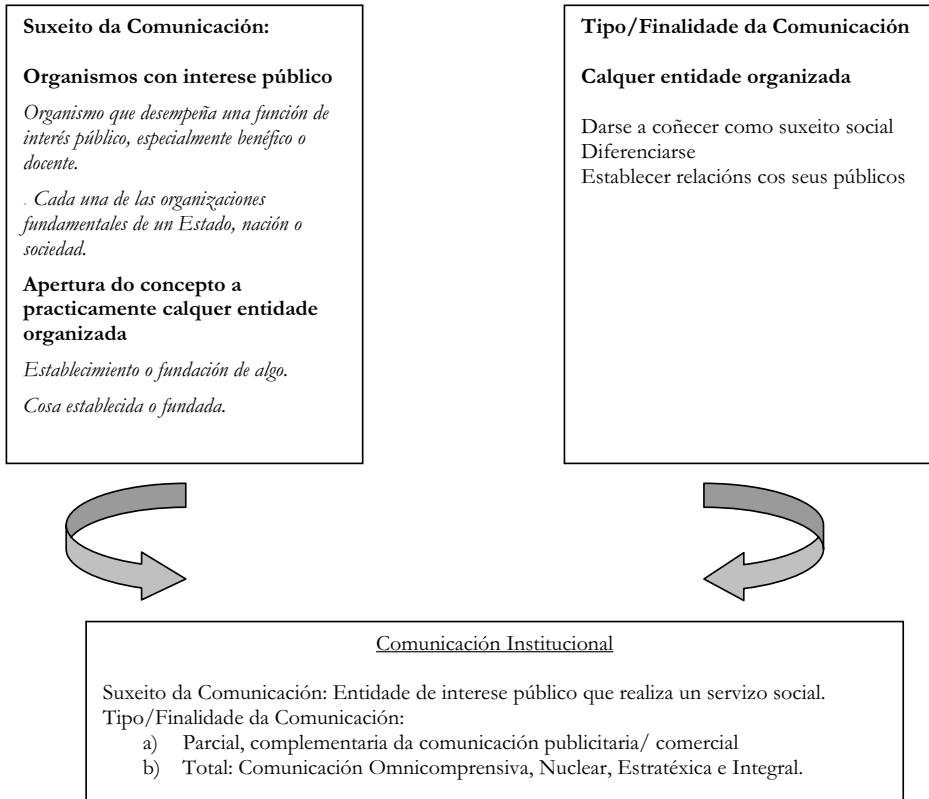
Dende o suxeito que exerce a Comunicación: Comunicación das Institucións, e, neste senso, pode considerarse a Institución dende unha perspectiva máis concreta (en base á súa funcionalidade de servizo público ou social) ou completamente aberta (entendida como calquer entidade *fundada, instituída*).

Dende a súa finalidade: Comunicación de tipo Institucional, entendida como parte dunha dinámica máis ampla (habitualmente denominada comunicación global ou integral) que complementa esta vertente con outra marketiniana, comercial ou publicitaria, que contribúe a posicionar a organización e os seus servizos nas coordenadas sociais e de mercado. Neste senso, pouco importa se a entidade-suxeito da comunicación ten unha titularidade pública ou privada. Tamén como comunicación estensiva a todos os ámbitos da organización.

Comunicación Institucional

Comunicación das Institucións

Comunicación de tipo Institucional



Esquema nº 3. Modos de entender a Comunicación Institucional. Elaboración propia.

A partir de todas as aclaracións e definicións recollidas até o momento sobre a comunicación nas entidades organizadas, dende o noso punto de vista, a Comunicación Hospitalaria...

- Non é comunicación empresarial porque non podemos entendela como comunicación de empresa, pois estaríamos excluindo a todas aquelas entidades públicas e privadas que non teñen finalidade lucrativa.
- É comunicación organizacional, na medida en que o hospital é un ente organizado, mais trátase dunha denominación demasiado xeral, que non comprende todos os seus matices.
- Pode considerarse comunicación corporativa no sentido de comunicación integral, pero tampouco somos partidarios desta denominación xa que ten sido identificada exclusivamente con comunicación externa.

Dende o noso punto de vista, os hospitais son institucións, é dicir, son entidades que historicamente levan respondendo a unha necesidade da sociedade, a de estudar, manter, protexer e recuperar a saúde da poboación. Por outra banda, prestan un servizo moi particular, un servizo que é necesario de seu (necesidade inelástica), que é moi semellante na vertente técnica en todos os casos, polo que a súa comunicación publicitaria e de marketing debe integrarse na estratexia da persoalidade e de servizo de calidade ao usuario, que é a que aportará valor diferencial entre uns hospitais e outros.

Polo tanto, empregamos a expresión Comunicación Institucional para subliñar tanto o tipo de entidade suxeito da comunicación como a finalidade da mesma: comunicación a todos os niveis para difundir a vocación de servizo social e a persoalidade da institución.

Así, definimos a Comunicación Institucional como unha función xerencial, estratéxica² e de xestión das institucións, que ten por obxectivos

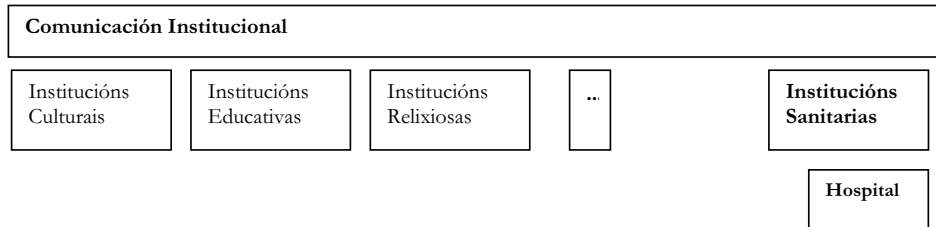
1. Dotarlas de persoalidade, de voz e de discurso no diálogo social;
2. Integralas no seu entorno cunha imaxe positiva e próxima;
3. Propiciar o sentimento de equipo, o orgullo de pertenza e a motivación nos seus membros; e
4. Optimizar a súa función de servizo social, facendo da comunicación un servizo máis ós cidadáns

a través da posta en valor da área de Comunicación e da planificación e aplicación dunha política comunicativa global orientada a estes propósitos básicos.

Cremos que a Comunicación Hospitalaria é un subtipo de Comunicación Institucional, na medida en que a entidade-suxeito da comunicación é unha das institucións máis antigas da sociedade que precisa dar a coñecer os seus principios de actuación, a súa filosofía e os seus valores para diferenciarse. Por iso, consideramos que a Comunicación Institucional, debe ser o marco onde se encadre a Comunicación das Institucións Sanitarias e concretamente a Comunicación Hospitalaria.

² Segundo Losada Díaz (2002), a función estratéxica da comunicación implica:

- Planificación da comunicación a partir das directrices xerais marcadas polos obxectivos institucionais
- Mobilización do elemento humano cara ao cambio
- Consecución dunha imaxe pública positiva
- Planificación temporal das accións en materia comunicativa.



Esquema nº 4. O hospital no marco da Comunicación Institucional. Elaboración propia.

Así pois, a Comunicación Institucional comparece como un elemento decisivo para lograr (baseado en Aranes Usandizaga, 1996):

- Unha mellor xestión xeral da institución (interna-organizativa; externa-xeral);
- Unha práctica informativa transparente, que contribúa a facer efectivo o dereito á información dos cidadáns;
- Unha proxección social das institucións que fomente o coñecemento e a relación coa cidadanía.

Neste senso, a Comunicación Hospitalaria é, polo tanto:

1. Aquela cuxa titularidade corresponde ó Hospital (sexa público ou privado, teña finalidade lucrativa ou non),
2. quen a diseña, planifica, desenvolve e avalía con finalidade estratéxica a través do seu Gabinete ou Departamento de Comunicación,
3. nas súas vertentes interna, intermedia e externa,
4. coa finalidade de darse a coñecer socialmente en termos positivos e de servir e de contribuír dende a faceta comunicadora ó benestar dos seus profesionais, dos seus usuarios e da sociedade en xeral.

1.2. O PUNTO DE PARTIDA. AS RELACIÓNS PÚBLICAS. EVOLUCIÓN

Por canto aos antecedentes históricos da Comunicación Institucional, non resulta fácil ubicar o inicio das Relacións Públicas nunha data concreta, posto que o obxectivo de tentar incidir sobre os medios está asociado á historia dos sectores máis poderosos da sociedade.

“Las Relaciones Públicas tuvieron, por lo tanto, unos orígenes y unos progenitores múltiples y espontáneos allí donde surgía la necesidad de cualquier jefe o líder de ganarse la confianza y apoyo de los demás para añadir a su fuerza y poder el calor humano y la adhesión, que le consolidasen en su posición de liderazgo” (García Orosa, 2005: 52-53).

“Utilizar la publicity para recaudar fondos, promover causas, estimular uniones comerciales, vender tierras y crear personajes famosos en los Estados Unidos es una práctica más antigua que la nación misma” (Cutlip et al. 2006: 201).

Adoito sinálase o presidente norteamericano Thomas Jefferson (1743-1826), como o primeiro en empregar literalmente o termo, concretamente, en 1807 cando o presidente estadounidense escribía o seu *Sétimo Discurso ó Congreso* e tachou as palabras “estado de pensamento” e escribiu no seu lugar os termos “relacións públicas”.

Aínda así, haberá que agardar medio século para ubicar o que os autores identifican como antecedente histórico de dita actividade. O nacemento da práctica das Relacións Públicas en Estados Unidos atribúeselle a unha iniciativa privada e a unha figura profesional aparecida a mediados do século XIX e denominada *press agent*, que se encargaba de procurarlle unha imaxe positiva a aquelas empresas ou persoeiros de relevancia para os que o *axente de prensa* traballaba³.

“Se trataba de periodistas al servicio de personas públicas o empresas que intentaban que los medios de comunicación publicaran informaciones positivas de sus representados” (Sotelo, 2004: 39).

Pero estes pioneiros da Comunicación Institucional non dubidaban en empregar certa picaresca: inventaban noticias ou mesmo sobornaban os xornalistas na procura dun trato favorable.

Por iso, a inicios do século XX, déronse tentativas por dignificar e *limpar* a profesión, tentando amosar que a práctica dos axentes de prensa tamén buscaba o ben común, poñendo información de interese a disposición dos cidadáns.

³ O relato da historia das Relacións Públicas apóiase en diferentes fontes, nomeadamente: Grunig e Hunt (1984); Black (1994); Solano Fleta (1995), Sotelo Enríquez (2001; 2004); Sousa (2004); García Orosa (2005); Cutlip et al. (2006).

Ivy Ledbetter Lee, considerado un dos pioneiros na teoría e práctica da materia, axudou no ano 1906 á *Anthracite Coal Roads and Mine Company* a facer fronte a unha crise derivada dunha folga inminente realizando unha auténtica declaración de principios do que el entendía que era traballar no ámbito das Relacións Públicas:

“This is not a secret press bureau. All our work is done in the open. We aim to supply news. This is not an advertising agency; if you think any of our matter properly ought to go to your business office, do not use it. Our matter is accurate. Further details on any subject treated will be supplied promptly, and any editor will be assisted most cheerfully in verifying directly any statement of fact. Upon enquiry, full information will be given to any editor concerning those on whose behalf the article is sent out”. (apud Grunig e Hunt, 1984:33)

Coa proliferación dos axentes de prensa, agromaron tamén as axencias de Relacións Públicas. A primeira axencia da que se ten noticia, *The Publicity Bureau*, data do ano 1900 en Boston.

Por outra banda, durante a primeira metade do século XX, algúns expertos pasaron a incorporarse a organizacións como responsables de comunicación, atopándose en dita actividade as orixes das actuais Direccións de Comunicación. Destacan neste senso, figuras como Arthur Page –quen ocupou o cargo de Vicepresidente de Relacións Públicas na *American Telegraph and Telephone* (AT&T)- ou Ivy Lee.

Tamén as organizacións sen fins lucrativos, como a Cruz Vermella, comezaron a empregar as técnicas de Relacións Públicas para obter donativos durante a primeira década do século XX. Ou as Universidades. En 1916, a Universidade de Harvard foi pioneira na contratación dun profesional de relacións públicas para a obtención de donativos.

Por canto á iniciativa pública, cun papel menos destacado que a privada no ámbito estadounidense, hai dúas experiencias interesantes postas en marcha polo Goberno norteamericano, ambas en contextos bélicos: o Comité de Información Pública (1916-1918) e a Oficina de Información de Guerra (1942–1945), ambas con fins propagandísticos e de mobilización da opinión pública a favor da participación dos EEUU na guerra.

Entre as persoas que traballaron para o Comité de Información Pública, creado polo presidente Wilson en resposta a unha suxerencia dun amigo xornalista, estaba Edward L. Bernays, considerado pola comunidade científica como pai das Relacións Públicas e autor da primeira obra estensa que tratou sobre a materia, denominada *Crystallizing Public Opinion* (1923).

Bernays (1966) atribuíulle á expresión “Public Relations” tres significados:

1. Información que se lle dá ó público.
2. A construción da estratexia que centramos e diriximos cara ó público para modificar as súas actitudes e accións.
3. A suma dos esforzos para poder integrar as actividades e accións dunha organización cos seus públicos e os do público con esta organización para que ambos se beneficien.

Segundo Black (1994), os presidentes dos Estados Unidos xogaron un papel destacado na mellora da comprensión pública sobre a importancia da actividade das Relacións Públicas, destacando as figuras de Jackson, Roosevelt ou Kennedy.

En Europa, as aportacións ó eido da comunicación institucional veñen, contrariamente ó acontecido nos Estados Unidos, da man do sector público e a través dos servizos de información das Administracións Públicas e dos órganos de propaganda. Así, no Reino Unido, a Primeira Guerra Mundial levou á extensión de información oficial a través duns órganos específicos, como foron o Ministerio de Información, o Comité Nacional de Obxectivos Bélicos (encargado da propaganda patriótica) e outro comité responsable da propaganda en países inimigos.

En liñas xerais, pódese concluír que as dúas grandes guerras supuxeron un importante pulo ó desenvolvemento das Relacións Públicas, moi vencelladas ó fenómeno da propaganda.

Trala Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos, a comunicación organizacional inicia o seu proceso de profesionalización.

“Se calcula que, tras la Segunda Guerra Mundial, cerca de 75.000 persoas que desempeñaran tareas de comunicación durante la contienda, continuaron desarrollando la misma actividad en empresas e instituciones. Proliferaron los gabinetes de comunicación y se establecieron nuevas agencias de Relaciones públicas por todo el país” (Sotelo Enríquez, 2004: 44).

Producírase tamén durante esta época a entrada desta disciplina nos planos de estudo das Universidades, polo xeral vencellada ó Xornalismo ou á Lingüística. Nacerán ademais as asociacións profesionais máis relevantes como a *Public Relations Society of America* (1948) ou a *International Association Business of America* (1970).

Baixo o amparo do Plan Marshall, instaláronse varias axencias de Relacións públicas en diversos países, especialmente da Europa occidental. Grazas a isto, déronse as condicións para o desenvolvemento da profesión no vello continente.

En España, a práctica da actividade iníciase nos anos cincuenta e durante os anos sesenta comézanse a crear departamentos de relacións públicas nalgúns empresas (RENFE, Movierecord, etc.) ou en determinados concellos (Tarragona, Reus, Santiago de Compostela...). Porén, será nos anos setenta, vinculados á transición a unha etapa democrática, cando estes departamentos comecen a proliferar baixo o nome de gabinetes de relacións públicas, asesorías de relacións públicas ou comunicación, gabinetes de comunicación ou gabinetes de prensa (Almansa Martínez, 2004).

Grunig e Hunt (1984) sintetizaron en catro modelos as diferentes formas de entender e traballar no eido das Relacións Públicas, que supoñen unha sorte de evolución histórica na profesionalización e nos modelos de comunicación aplicados no exercicio das Relacións Públicas: modelo de axente de prensa, modelo de información pública, modelo asimétrico bidireccional e modelo simétrico bidireccional :

Modelo	Axente de prensa	Información pública	Bidireccional asimétrico	Bidireccional simétrico
Obxectivo	Propaganda	Difusión de información	Persuasión científica	Entendemento mutuo
Natureza da comunicación	Unidireccional: a verdade completa non é esencial	Unidireccional: a verdade é importante	Bidireccional: efectos desequilibrados	Bidireccional: efectos equilibrados
Modelo de Comunicación	Fonte-Receptor	Fonte-Receptor	Fonte-Receptor ← Feedback	Grupo-Grupo
Natureza da investigación	Pouca; 'counting house'	Pouca; lexibilidade, pública	Formativa; avaliadora das actitudes	Formativa avaliadora do entendemento
Figuras históricas destacadas	P.T. Barnum	Ivy Lee	Edward L. Bernays	Bernays, educators, professional leaders
Sectores onde se practica	Deportes, teatro, promoción de produtos	Goberno, asociacións sen ánimo de lucro, empresas	Negocios competitivos, axencias	Empresas regulamentadas, axencias
Porcentaxe estimado de organizacións que o practican hoxe	15	50	20	15

Táboa nº 2. Características dos catro modelos de Relacións Públicas. Fonte: Grunig e Hunt (1984: 22).
Elaboración propia.

1. Modelo de axente de prensa.

As Relacións Públicas cumpren unha función propagandística, persuasiva e desinformativa. Os axentes de prensa difunden información incompleta, distorsionada ou pouco veraz.

Segundo explica Arceo Vacas (2004), en dita época, os profesionais da materia non distinguían entre publicidade e relacións públicas; ademais, tratábase dun modelo cunha natureza comunicativa unidireccional, fundamentado na intuición e o amiguismo para conseguir os seus propósitos.

2. Modelo de información pública.

A finalidade das Relacións Públicas é difundir información non necesariamente con finalidade persuasiva.

Así, segundo Arceo Vacas (2004), o principal avance respecto do modelo anterior, o do *press agent*, sería que estas organizacións se rexen polo propósito de que o público debe ser informado (*public be informed*), abandoando por fin a finalidade pexorativamente propagandística do anterior.

Segundo explica Xifra (2003) xurdiu a principios do século XX e aínda está vixente, especialmente nas relacións públicas dos poderes públicos e das organizacións sen ánimo de lucro. Un dos seus obxectivos é o de traballar de acordo cos principios do xornalismo.

3. Modelo asimétrico bidireccional.

Pretende persuadir os públicos, de xeito que estes acepten o punto de vista da organización e secunden as súas decisións.

Empréganse os coñecementos das ciencias sociais, a teoría e a investigación sobre as actitudes e os comportamentos para persuadir os públicos.

A asimetría se deriva da posición preponderante que toma para si a organización, que non vai modificar o seu comportamento senón que pretende modificar o dos seus públicos. Xerouse a partir de 1920, a pesares de que os autores indican que está moi presente na actualidade.

4. Modelo simétrico bidireccional.

Os profesionais actúan como mediadores entre a organización e os seus públicos.

O seu obxectivo é o entendemento entre a organización e os seus públicos, o que debera conducir a que a organización e os seus públicos modificasen o seu comportamento, trala execución do programa de Relacións Públicas.

Segundo explica Xifra (2003)

“constituye el ideal de las Relaciones Públicas, el modelo normativo por excelencia, el que, por ende, generó más críticas, revisiones y adaptaciones, desde su formulación en 1984”. (Xifra, 2003: 56)

RELACIONES PÚBLICAS. DEFINICIONES.

Existe común acordo en que as Relacións Públicas poden ser consideradas como a orixe da Comunicación Institucional (Losada Díaz, 2002; Sousa, 2004; García Orosa, 2005) e, na actualidade, continúa a farse delas inda que o termo, alomenos en España, vulgarizouse en certos ámbitos moi pouco prestixiados⁴.

Á hora de explicar o celme desta actividade, existe un longuísimoo listado de definicións do que son as *Relacións Públicas*, así como un abano bastante amplo das actividades que se lle atribúen.

Segundo explica Arceo Vacas (2004), unha das buscas máis ambiciosas para unha definición universal das “relacións públicas” foi levada a cabo no ano 1975 pola *Foundation for Public Relations Research and Education*, na que se analizaron 472 definicións diferentes, ofrecendo como resultado o seguinte concepto:

“Las relaciones públicas son una función distintiva de gestión, las cuales ayudan a establecer y mantener mutuas líneas de comunicación, entendimiento, aceptación y cooperación entre una organización y sus públicos” (Apud Arceo Vacas, 2004: 81).

Polo xeral, as definicións actuais de Relacións Públicas apelan ó modelo simétrico bidireccional teorizado por Grunig e Hunt (1984), segundo o cal as Relacións Públicas non se orientan ó coñecemento e posterior persuasión dos públicos, senón a tender pontes para atopar espazos para o entendemento e a comprensión mutuos (a influencia é, segundo este modelo, bidireccional).

Así, Canilli (1995) emprega unha fermosa expresión para referirse a elas, denominándoas a “enxeñería do consenso” e defíneas como

“el intento deliberado, programado y continuo de establecer y mantener una comprensión recíproca entre una organización empresarial y su público” (Canilli, 1995: 28).

Black (1994) apela á harmonía que debe establecerse co entorno e defíneas como

“el arte y la ciencia de conseguir la armonía con el entorno por medio de la comprensión mutua basada en la verdad y en una información completa” (Black, 1994: 31).

⁴ “El uso vulgar es aún más decepcionante en España, donde debe especificarse convenientemente que no se trata de una actividad profesional de dudoso ejercicio y propia de discotecas y locales nocturnos; y tampoco el ejercicio lúdico-festivo de famosos y pseudofamosos” (Magallón, 2006: 104).

Xifra (2003) incide na dimensión adaptativa do proceso comunicativo:

“ciencia que se ocupa de los procesos de comunicación a través de los cuales se establecen y gestionan relaciones de adaptación mutua entre una persoa públicamente relevante o una organización y los públicos de su entorno” (Xifra, 2003: 103).

Os termos “arte” e “ciencia” ilustran a tensión entre quen conciben as Relacións Públicas como a aplicación de ferramentas de comunicación baseándose nun método científico ou os profesionais que as poñen en práctica de xeito flexible e creativo.

Segundo Cutlip et al. (2006), as múltiples definicións suxiren que as Relacións Públicas:

1. Actúan de acordo cun programa planificado e sostido como parte da dirección dunha organización.
2. Tratan as relacións entre unha organización e os seus públicos.
3. Supervisan o coñecemento, opinións, actitudes e comportamentos dentro e fóra da organización.
4. Analizan o impacto de estratexias, procedementos e accións sobre os públicos.
5. Axustan aquelas estratexias, procedementos e accións que poidan estar en conflito co interese público ou coa supervivencia da organización.
6. Aconsellan a dirección sobre o establecemento de novas estratexias, procedementos e accións que poidan ser mutuamente beneficiosas para a organización e os seus públicos.
7. Establecen e manteñen comunicación bidireccional entre a organización e os seus públicos.
8. Realizan cambios específicos no coñecemento, opinións, actitudes e comportamento dentro e fóra da organización.
9. Impulsan novas relacións e manteñen as existentes entre unha organización e os seus públicos.

As relacións cos distintos públicos da organización son, como vemos, a razón de ser desta actividade. Tendo en conta que cada un dos públicos terá unha serie de demandas e de necesidades informativas, as súas características condicionarán o tipo de relación que a organización establece con cada un deles, distinguindo (Lougovoy-Linon, 1978: 24–25):

1. *Corporate Public Relations*: Relacións institucionais, entendendo o concepto de institución como referido a todo tipo de organización.
2. *Community relation*: Relacións que establecen cos seus públicos as institucións públicas, coma os gobernos.
3. *Employee relations*: Relacións co persoal, comunicación interna, xa que logo.

4. *Consumer relations: supplier relations ou stockholder relations*, relacións co consumidor, co provedor e cos accionistas.
5. *Government relations*: Relacións coa administración pública.
6. *Educational relations*: Relacións cos consumidores futuros.
7. *Special publics*: públicos especiais, cos que as organizacións consideran importante a relación.

M. García sinalaba unha serie de finalidades que deben cumprir as RR. PP (1999: 75):

- Analizar tendencias futuras e prever consecuencias.
- Investigar a denominada opinión pública, as actitudes e as expectativas.
- Establecer e manter unha comunicación bilateral.
- Prever conflitos e erros de entendemento.
- Promover o respecto mutuo.
- Harmonizar o interese privado co público.
- Promover a harmonía entre cadros de mando, provedores, empregados e clientes.
- Mellorar as relacións industriais.
- Incentivar a implicación do empregado e reducir, ó mesmo tempo, o absentismo.
- Promover produtos ou servizos.
- Aumentar beneficios.
- Proxectar unha identidade corporativa.

Para chegar a eses obxectivos ou a outras metas estratéxicas, pode empregarse unha rica gama de accións concretas que se inclúen baixo o paraguas das Relacións Públicas (Sousa, 2004: 15-20)

- Asesoría e consultoría en comunicación e imaxe.
- *Monitoring*, observación e vixilancia do medio.
- Investigación sobre coñecementos, actitudes e comportamentos dos públicos da entidade.
- Protocolo, é dicir, velar por que se cumpran as regras para o bo desenvolvemento dos eventos sociais.
- Patrocinio e mecenazgo.
- Relacións cos medios.
- Actividades para-xornalísticas (creación dun xornal institucional, etc.)
- Xestión dos medios e das mensaxes para garantir que as accións de comunicación sexan efectivas.
- Xestión de recursos humanos, materiais e financeiros, postos a disposición das relacións públicas.

- *Lobbying*, relacións directas con axentes lexislativos, executivos e reguladores en nome da entidade.
- Resolución e xestión de conflitos (*issues management*).
- Relacións financeiras.
- Relacións empresariais.
- Relacións cos traballadores.
- Relación cos públicos en xeral.
- Sinalética e adaptación do medio físico.
- Identificación visual.
- Relacións interculturais e multiculturais (ex. Cando unha empresa se quere establecer noutro país).
- Comunicación de marketing.
- Comunicación de crise.

As Relacións Públicas poden entenderse dende unha perspectiva tan ampla que inclúa todas as actividades de relacións cos públicos externos e internos e as actividades necesarias para coñecer os intereses destes públicos, ou tamén teñen sido conceptuadas dunha maneira máis limitada como parte ou como unha das actividades de Comunicación Externa que desenvolve un Departamento de Comunicación (Costa, 1995; Martín, 1998; Andrade, 2005).

2. O GABINETE DE COMUNICACIÓN. ORIXE, DEFINICIÓN, TIPOLOXÍA E FUNCIONS

O encargado de idear, planificar, organizar, asesorar, desenvolver, avaliar e corrixir a política comunicativa dunha organización é o Departamento ou Gabinete de Comunicación. O seu nacemento encádrase na necesidade de comunicar que experimentan empresas e institucións debido ao cambio experimentado na súa actividade e valores predominantes.

Cando durante o primeiro cuarto do século XX, o profesor Bernays disertaba sobre as funcións da nova profesión que acababa de xurdir – a de Relacións Públicas- apuntaba a unha serie de razóns de fondo, que axudaban a explicar a crecente importancia da profesión (Bernays, 1998):

- En primeiro lugar, a tendencia das pequenas organizacións a asociarse en grupos de tamaño e importancia tal que o público tendese a percibilos como servizos semipúblicos.
- En segundo lugar, a crecente disposición do público a sentirse con dereito a expresar as súas opinións sobre a conduta destas grandes asociacións políticas, financeiras, laborais ou doutro tipo, debido á extensión da alfabetización e as formas democráticas de goberno.
- En terceiro lugar, a reñida competición por gañar o favor do público debido aos modernos métodos de venda.

As súas reflexións, vistas dende hoxe, aínda están provistas de certa actualidade. Afondando algo máis, podemos dicir que a importancia da comunicación nas organizacións e a súa concreción na figura do gabinete de comunicación devén dunha serie de necesidades experimentadas polas empresas e institucións en conxunto con diversos cambios políticos, económicos e sociais acontecidos a nivel mundial e, de modo particular, no noso país:

- 1) A multiplicación de fontes de información e de medios de comunicación, no noso país especialmente a raíz da transición á democracia. A partir da transición democrática española, aparecerán novas fontes de información na area pública (p.ex. partidos políticos que previamente se atopaban na clandestinidade) ao tempo que remata o monopolio informativo que estaba en mans do estado.

“La larga y controvertida transición democrática fue deparando la aparición de nuevas fuentes informativas (partidos políticos, sindicatos, movimientos sociales, etc.) que se percataron rápidamente de la importancia que tiene la comunicación en la sociedad actual. Empezaron a aparecer los primeros Gabinetes de Prensa” (Ramírez, 1995: 31-32).

Ademais, a partir dos anos oitenta, en relación co proceso desregulamentador e privatizador que experimentan os estados, aparecerán novos medios de comunicación que precisan nutrir os seus temarios e programacións diariamente, polo que precisan botar man dunha serie de fontes de información fiables que lles proporcionen información de relevancia de maneira constante.

É nesta relación de “cordón umbilical” na que se atopan na actualidade fontes e medios. As primeiras precisan os medios para darse a coñecer e incidir positivamente na opinión pública, mentres que os segundos sacian a súa sede informativa a través de fontes estables que lles proporcionan acontecementos de interese para as súas audiencias.

- 2) A concepción da comunicación como un elemento de xestión. Nunha sociedade caracterizada por unha abundosa oferta de produtos e servizos que compiten entre si, o valor de uso pasa a un segundo plano e imponse na diferenciación e singularización do produto/servizo o seu valor de intanxible, é dicir, todos os valores intanxibles aos que se asocia. Isto implicou un cambio de mentalidade para as organizacións. Até fai quince anos, a prioridade era a produción, a oferta, a innovación para superar a competencia. Xunto a este foco de atención máis tradicional, aparece un segundo foco relacionado coa comunicación, coa imaxe, con vender identidade (Timoteo Álvarez, 2005).

Este cambio de prioridades (o intanxible por riba do tanxible) prodúcese no contexto da revolución dos servizos, que se erixen na principal actividade das economías occidentais. Trócase a venda dun produto material polo usufructo dunha prestación inmateral, polo que a comunicación se convirte na actividade fundamental para lograr: 1. A diferenciación (todos os servizos bancarios son semellantes, etc.); 2. A persoalización (o servizo é interacción e a comunicación constitúe a ferramenta que permite adaptarse ás necesidades do cliente) e 3. A humanización da empresa, privilexiando os recursos humanos, que son os prestatarios/ prescritores directos dos servizos.

	1ª Revolución Industrial	2ª Revolución Industrial	Revolución mass-mediática	Revolución dos servizos
Actividade dominante	Produción	Estrutura, Optimización, Rendabilidade	Venda	Información, Relacións
Cofecemento dominante	Mecánica. Enxeñaría.	Economía. Psicoloxía.	Psicoloxía. Socioloxía.	Ciencias da Información. Telemática
Publicidade	Emprégase pouco (intuitiva)	Utilízase ailladamente	Utilízase masivamente	Utilízase como reforzo doutros métodos directos
Marketing	Non interesa saber o que o público quere	Hai que preguntarlle ao público o que quere	Hai que dicir o que quere oir o público	Hai que querer o que o público quere
Cultura empresarial	Espontánea	Voluntarista	Empírica	Estruturada, humanizada, cualitativa
A imaxe baséase en	Facer	Facer ben	Facelo saber	Facelo ben e facelo saber ben
Escolas de dirección	Especialización (Taylor/Fayol) Empírica (Ernest Dale)	Comportamento Humano (E. Mayo) Investigación. Operativa. Teoría da Decisión.	Sistemas sociais. Administración de negocios. Teoría da Acción.	Teoría General de Sistemas. Teoría da Complexidade (Bertalanffy, Koestler).
Comunicación dominante	Convivial	Interna (Produtividade)	Externa (Difusión)	Corporativa (Holista)

Táboa nº 3. Evolución das actividades, das técnicas e dos valores . Da produción aos servizos.

Fonte: Costa (1995: 125). Elaboración propia.

Por outra banda, a sociedade esixe un comportamento transparente e responsable por parte de empresas e institucións. Xa non basta con cumprir coa legalidade. Hai que ir un paso máis alá. As actividades de responsabilidade social corporativa enmárcanse no compromiso da entidade coa comunidade na que se asenta e cos valores socialmente respectados e admirados (o coidado do medio ambiente, a preocupación polos sectores sociais máis desfavorecidos, etc.).

“A las demandas económicas, de servicios o ideas, que presionaban tradicionalmente sobre las organizaciones, se han unido otras nuevas. La empresa no sólo ha de fabricar un producto; ha de ofertar una filosofía, una cultura benéfica” (Álvarez e Caballero, 1997: 82).

“Para conseguir aprobación social, actualmente una empresa debe ser sensible a la cuestión medioambiental, garantizar un buen trato a sus empleados, revertir parte de sus ganancias en la comunidad, actuar de forma honesta, practicar la filantropía... Si no lo hace, se expone a la crítica, tendrá dificultades para establecer alianzas con otros actores sociales y se convertirá en un blanco fácil para el activismo más beligerante” (Laluz, 2009)

“el rendimiento económico no es la única responsabilidad de una empresa, como tampoco el rendimiento académico es la única responsabilidad de una escuela ni los resultados en atención sanitaria la única responsabilidad de un hospital” (Druker, 1998: 106).

A consecuencia de ambos factores (a importancia dos intanxibles como valor diferenciador e a existencia social dun comportamento responsable) conleva que a comunicación pase a converterse nun elemento indispensable para alcanzar os obxectivos estratéxicos da organización: desde gañar as eleccións a incrementar a rendibilidade económica.

Na actualidade, aínda estamos inmersos neste proceso de toma de conciencia por parte das empresas e das institucións da necesidade dun departamento de comunicación que traballe ao servizo das necesidades e obxectivos organizacionais.

- 3) A crise da publicidade. Como apunta Costa (1995), a publicidade pasa de ser o vehículo fundamental para darse a coñecer por parte das empresas a un elemento de reforzo e, como tal, complementario. Segundo Ries e Ries (2003), o auxe das relacións públicas débese á crise da publicidade. Se a publicidade resulta máis adecuada para o lanzamento dunha marca ou produto e expoñer as súas cualidades ao gran público, resulta difícil facer publicidade de intanxibles como a reputación, por non mencionar a diferenza de costes que implica o emprego de publicidade fronte ao da *publicity*.

“Un mensaje publicitario es percibido como unilateral, parcial, interesado y orientado a la empresa en lugar de al consumidor. ¿Creemos lo que leemos en los anuncios? La mayoría de la gente no” (Ries e Ries, 2003: 97).

- 4) A constitución dunha sociedade poscapitalista que ten nos saberes especializados o recurso económico principal (Druker, 1998). Dende este plantexamento, as organizacións compóñense de especialistas, que deben coñecer a súa tarefa e misión de xeito claro e que, como persoas cualificadas e intelixentes, se convirten no recurso esencial das organizacións. Isto significa que as organizacións teñen que coidar o seu capital humano, atraer as persoas, retelas, mostrarlles recoñecemento e recompensalas, motivalas, servilas e satisfacelas. Nestas coordenadas, a comunicación interna resulta unha ferramenta estratéxica

fundamental, tanto para aunar os saberes individuais ao servizo dos fins da organización como para fomentar a participación, a integración e a implicación dos recursos humanos.

- 5) Esta “sociedade dos saberes” é tamén “sociedade-rede”, na que predominan as necesidades de interrelación e de comunicación, tanto entre as organizacións como entre estas e os seus públicos internos e externos. O coñecemento xérase e intercámbiase a través de fluxos comunicativos, polo que a comunicación convértese nunha ferramenta clave de xestión. Ademais, as organizacións descubren nas TIC novas ferramentas ao servizo da comunicación interna e externa, que lles permiten acentuar a súa interactividade e multiplicar as canles e soportes de comunicación cos seus públicos, ademais de darse a coñecer nun novo espazo público virtual, ao que os cidadáns teñen acceso permanente. Por outra banda, o novo modelo de sociedade esíxelles ás organizacións que superen a tendencia ao hermetismo e potencien a súa capacidade relacional, de cara a conseguir facer chegar as súas mensaxes nun contexto de saturación informativa.

“las organizaciones descubren en estas TIC nuevas herramientas al servicio de la comunicación persuasiva, pero también nuevos retos para conseguir que sus mensajes continúen siendo eficaces y no pasen desapercibidos dentro del inabordable caudal informativo que permanentemente llega a sus públicos” (Lalueza, 2006: 2).

Os hospitais públicos e privados non son entes aillados, senón que realizan a súa actividade nun contexto social e manteñen relacións cos cidadáns, con outras institucións, con empresas, con asociacións e con medios de comunicación, entre outros. En todas estas vertentes comunicativas, sen esquecer a comunicación cos seus propios traballadores, os hospitais precisan dun departamento que idee, planifique, coordine e leve a cabo unha política comunicativa global e coherente. Ésa é a actividade que desenvolven os gabinetes de comunicación.

O termo “gabinete” deriva do francés “cabinet”, que significa “gabinete, despacho, bufete”⁵. Dende a Comunicación Organizacional, as definicións de gabinete de comunicación foron diversas, mais todas destacan as características de organismo estable e de fonte de información relevante (García Orosa, 2005).

Seguindo a Ramírez (1995: 27), indicaremos que os gabinetes de comunicación son fontes activas, organizadas e habitualmente estables de información que cobren as necesidades comunicativas tanto internas coma externas daquelas organizacións e/ou persoas relevantes que desexan transmitirle de si mesmas unha imaxe positiva á sociedade influíndo deste xeito na opinión pública.

⁵ *Diccionario Francés-Español, Español-Francés*, Ed. Spes, 1960, Barcelona.

En palabras de Martín (1998: 17), é o departamento que, grazas ao traballo dirixente do profesional da comunicación: crea, coordina, analiza, desenvolve, difunde e controla todas e cada unha das accións de xestión informativa interna e externa, que esa empresa ou institución (organización) precisa comunicar aos seus diferentes públicos a través dos Medios de Comunicación, é dicir, conseguir transmitir unha boa Imaxe de toda a súa Cultura corporativa.

En definicións máis recentes, sublíñase o seu destacado papel no deseño e xestión da política de comunicación da entidade.

García Orosa (2005: 74) considérao o departamento interno á entidade, encargado da planificación, implementación e avaliación da política de comunicación.

Martínez Solana (2004) tamén destaca a súa función de deseño e xestión da política de comunicación da entidade.

“un gabinete de comunicación (...) también ha de ser capaz de diseñar una política de gestión de la información en su propia organización que la haga más eficiente, y ha de labrarse una imagen basada en la credibilidad y en el rigor entre los periodistas” (Martínez Solana, 2004: 18).

Por canto á súa tipoloxía, Txema Ramírez (1995) clasifica os gabinetes de comunicación en cinco grandes grupos:

- Gabinetes da administración ou institucionais.
- Gabinetes de partidos políticos e sindicatos.
- Gabinetes vinculados ó mundo da empresa.
- Gabinetes de movementos sociais e organizacións non gobernamentais.
- Gabinetes externos (asesorías e consultorías de comunicación).

Martín (1998) coincide no esencial con Ramírez, pero especifica un pouco máis nas categorías, co que aparece unha maior variedade nas tipoloxías:

- Gabinete de Institución Pública (Ministerio, Comunidade Autónoma, Diputación, Corporación Local...).
- Gabinete de Organización internacional.
- Gabinete de Cámara Oficial de Comercio e Industria.
- Gabinete de Partido Político.
- Gabinete de Embaixadas ou Consulados.
- Gabinete de Universidades ou Centros Educativos.
- Gabinete de Confederación empresarial.

- Gabinete de Empresa privada (Finanzas, Automóbil, Construción, Informática, Laboratorios...).

Pensando no seu carácter de departamento interno ou externo e no tipo de Organización para a cal traballe, propoñemos unha clasificación dos Gabinetes de Comunicación, que incluíría os seguintes tipos:

GABINETES DE COMUNICACIÓN. TIPOLOXÍA					
Criterio de Clasificación	Tipo				
En función da relación coa empresa/ institución/ organización	Interno (Relación permanente)	Externo (Asesorías...)			
		Tipo de vinculación		Nivel de especialización	
		Relación estable	Relación puntual	Xeral	Especializada ⁶
En función da entidade para a cal traballa	<p>1. Gabinetes de Comunicación de Organismos Oficiais. Gobernos, departamentos gobernamentais e organismos autónomos da rede pública. (Estatais, Autonómicos, Locais)</p> <p>2. Gabinetes de Comunicación de Institucións. 2.1. Universidades e centros de investigación. 2.2. Hospitais. 2.3. Sociedades Científicas. 2.4. Museos e Centros de Arte. 2.5. Fundacións. ...</p> <p>3. Gabinetes de Comunicación de Empresas. 3.1. Asociacións e Confederacións Empresariais. 3.2. Delegación dunha Empresa Transnacional. 3.3. Empresa.</p> <p>4. Gabinetes de Partidos Políticos e Sindicatos.</p> <p>5. Gabinetes de Asociacións. 5.1. Asociacións Profesionais. 5.2. Asociacións de Consumidores. 5.3. Asociacións de Usuarios.</p>				

⁶ Axencias ou Consulorías especializadas no ámbito da saúde/ sanitario, por exemplo.

	5.4. Asociacións de Doentes. 5.5. Asociacións Ecoloxistas. 5.6. Asociacións Culturais. ... 6. Gabinetes de Organizacións Non Governamentais (ONG's).
--	--

Táboa nº 4. Tipos de Gabinetes de Comunicación. Elaboración propia.

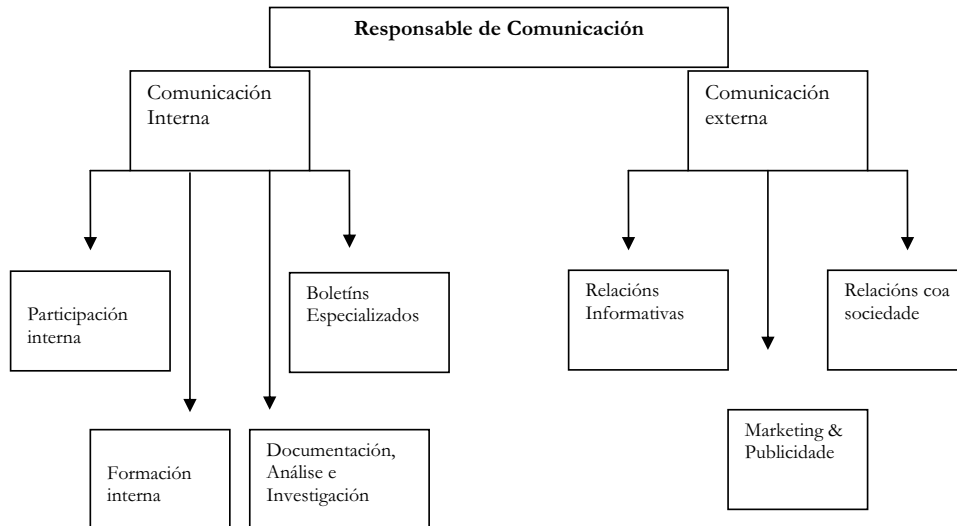
En liñas xerais, as funcións dun Gabinete de Comunicación implican xestionar todos os ámbitos relacionados coa súa imaxe externa e interna (García Jiménez, 1998: 253-254):

- a) Xestionar a información
- b) Xestionar a comunicación
- c) Xestionar a documentación
- d) Xestionar a imaxe

Algunhas das principais funcións dun gabinete de comunicación, tanto para unha empresa, como para unha institución, serían as seguintes (Davara, 1994: 227-228):

- 1.- Organizar as canles de comunicación. Os gabinetes deben ser un sistema para canalizar toda a información dispoñible nunha empresa ou institución co obxecto de lograr unha comunicación eficaz.
- 2.- Ofrecer unha resposta comunicativa. Esa resposta debe ser rápida e segura e, se é posible, debe adiantarse ós acontecementos probables, o que significa unha boa xestión da comunicación en momentos de crise.
- 3.- Xestionar a información. O gabinete debe xestionar tódolos procesos de comunicación, tanto de dentro coma de fóra da empresa.
- 4.- Idear e executar os plans de comunicación. Construción da imaxe corporativa e do posicionamento da institución.

As funcións básicas dun Gabinete de comunicación de calquer asociación, institución, empresa, etc. que desexe influir na opinión pública parten da división clásica entre comunicación interna e comunicación externa (Ramírez, 1995):



Esquema nº 5. Funcións básicas dun Gabinete de Comunicación (Ramírez, 1995: 54). Elaboración propia.

Dende a nosa concepción, o gabinete de comunicación é a entidade que debe ocuparse da comunicación da organización de maneira global⁷, directa e indirectamente (formando, titorizando, establecendo liñas e protocolos de comunicación) de modo que a comunicación se integre na estratexia da institución cara ao logro dos seus obxectivos. Debe asegurárselle no organigrama a dependencia directa da dirección ou xerencia e permitirlle asumir a responsabilidade de planificar todas as actividades de información e de comunicación da institución.

Para optimizar a súa actividade, dende a dirección ou xerencia da institución, debe entenderse e empregarse a comunicación:

- De forma útil e positiva, non como un mal necesario, nin como unha moda pasaxeira.
- De modo integral, non limitándoa á comunicación externa ou ás relacións cos medios de comunicación.
- De modo transversal, é dicir, necesario para o conxunto da entidade.
- De forma intelixente, incorporándoa aos plans estratéxicos da institución.
- De maneira constante e actualizada, non tela só presente puntualmente, en situacións de crise. Tentar que sexa útil ao contexto actual da organización.

⁷ Carrascosa (1992) adiantaba que na década dos 90, a revolución na área da Comunicación Empresarial e Institucional viría da man da *Comunicación Global*, marco que encadra e coordina a publicidade, o marketing e a comunicación interna e externa dunha empresa ou institución (Carrascosa, 1992: 34).

- Útil e positiva.
- Integral.
- Transversal.
- Intelixente.
- Constante e actualizada

Esquema nº 6. Como debería entenderse a comunicación. Elaboración propia.

Xeralmente, a súa actividade clasifícase segundo se trate de Accións de Comunicación Externa (cara a fóra da Organización) ou Interna⁸ (cara a dentro).

Sinalamos algunhas accións que deberían formar parte dun *Programa de Comunicación Institucional* (Martínez Solana, 2004: 127-138):

1. Accións de Comunicación Interna

1.1. Deseño e Coordinación da política comunicativa interna da institución, en razón duns obxectivos e estratexias a curto, medio e longo prazo. O que abrangue:

- Elaborar plans de comunicación interna.
- Crear e manter mecanismos de comunicación precisos para que a información flúa de maneira regular e constante.
- Transmitir coa maior difusión interna posible e a través das canles identificadas como máis axeitadas, as mensaxes definidas como estratéxicas.
- Favorecer a comunicación “en cascada” para que a transmisión de mensaxes siga uns cauces axeitados e se eviten posibles disfuncións no procedemento comunicativo do organismo.
- Incentivar mecanismos de retroalimentación dende os diversos ámbitos de competencia da institución.

1.2. Medidas tendentes a asegurar a coherencia dos enunciados clave difundidos internamente polas diversas fontes da institución.

- Elaboraranse argumentarios xenéricos e específicos que teñan blindadas as mensaxes que han de emitirse polo voceiro (ou voceiros) da institución aos seus públicos internos.

⁸ Sirva este listado de tarefas para dar conta da complexidade e variedade de accións que caracterizan o traballo dun Gabinete de Comunicación. No apartado 3, profundizaremos nos conceptos de Comunicación Interna e Externa e no apartado 4 poñerémolos en relación coa actividade do Departamento de Comunicación dun hospital.

- Promoverase a celebración de comités periódicos cos diferentes responsables de comunicación interna da institución, se os houbera.
- Estableceranse protocolos que permitan unificar pautas de actuación para situacións concretas.

1.3. Outras accións.

- Realizar periodicamente sondaxes que permitan coñecer o clima interno existente nas distintas instancias da institución, de forma que se poidan anticipar posibles escenarios conflictivos.
- Xestionar e /ou solucionar os conflitos reais ou latentes que existan nas diferentes áreas da institución.
- Administrar a imaxe do máximo responsable da institución no relativo ás súas comparecencias e actividades ante públicos internos.
- Apoiar os altos cargos ou directivos nas súas comparecencias internas.
- Acometer as accións de corrección da estratexia comunicativa da entidade, segundo os resultados de avaliacións periódicas.

2. Accións de Comunicación Externa

2.1. Proxecto, deseño e coordinación da política comunicativa global da institución, o que abrangue:

- Establecer plans a curto, medio e longo prazo para as accións de comunicación.
- Deseño e aplicación de protocolos que permitan unificar as pautas de traballo.
- Garantir a coherencia dos enunciados difundidos polas diversas fontes da institución.
- Sobre todo no caso das institucións públicas, establecer e incentivar os mecanismos de retroalimentación dende os diversos ámbitos da sociedade civil.
- Adecuar as canles de comunicación existentes aos principios e fins institucionais.
- Coordinar as políticas comunicativas con outras institucións, cando resulte de interese.
- Sistematizar e estruturar os procedementos e pautas de actuación para situacións de crise.
- Xestionar a imaxe do máximo responsable da institución.
- Potenciar as habilidades comunicativas dos voceiros da institución.
- Entablar contacto con asociacións e grupos de interese relacionados coa función e obxectivos da institución.
- Especialmente, cando se trate de institucións de carácter público realizarase a cobertura informativa das viaxes e visitas do seu máximo responsable.
- Levaranse a cabo accións que contribúan a consolidar e reforzar a boa imaxe pública dos profesionais integrados na organización.
- Definir a política editorial da institución.

2.2. Relacións cos medios de comunicación.

- Manter relacións fluídas cos medios e analizar o papel que xogan respecto da información da institución.
- Actualizar os medios e xornalistas de contacto e anticiparse aos seus requerimentos.
- Elaboración de noticias con rigor técnico e científico, proporcionando mensaxes veraces e contrastadas.
- Na información referida a temas sensibles (por exemplo, a saúde) prevalecerá o criterio de beneficio para o cidadán de cara a non producir confusión nin alarma social.
- Contribuirase á innovación nas fórmulas de comunicación informativa e institucional.
- Facilitarase a derivación dos requerimentos dos medios ás instancias oportunas.

2.3. Tratamento da Información.

Deberán acometerse accións de investigación que permitan diagnosticar o estado da comunicación xerada pola institución, en relación cos cidadáns destinatarios da mesma.

Analizarase, comparativamente, a implantación noutros países de estratexias de comunicación específicas coa fin de establecer previsións e adiantar resultados.

Desenvolveranse iniciativas a través das que se anticipen estratexicamente acontecementos de interese para a institución susceptibles de se converter en noticia

Emprenderanse accións de investigación que permitan ponderar a vulnerabilidade da entidade para o deseño de protocolos en situacións de crise.

Establecerase un centro de documentación (impreso, gráfico, audiovisual e multimedia) a xestionar e explotar polo gabinete de comunicación.

Definiranse as pautas de unificación e canalización das mensaxes comunicadas por (e no seo da) institución.

O responsable de comunicación orientará a elaboración do resumo de prensa diario, para o óptimo aproveitamento da información recollida. Avaliaranse cualitativamente a medio prazo as noticias.

2.4. Información e Educación no ámbito público.

Deberían establecerse cauces para unha reflexión conxunta entre medios de comunicación e organismos públicos sobre o papel que xogan os medios á hora de informar nesa área en concreto. Para iso, sería interesante que o organismo en cuestión analizase o contido e o ton das novas que sobre o tema se publican. Sería, asimesmo, de interese que, nun clima de consenso, puidese redactarse un manual que unificase as pautas éticas básicas que debe rexir o tratamento das noticias en áreas especialmente sensibles como a sanitaria, co obxectivo de: potenciar o rigor das informacións, desterrar especulacións, triunfalismos ou espectacularizacións en asuntos de relevancia social.

Coordinaranse as campañas institucionais e negociarase a súa difusión cos medios de comunicación. Producirase material educativo e divulgativo e instituirase un banco documental de experiencias.

3. Novas Tecnoloxías da Información.

- Buscaranse as fórmulas para a optimización das redes de información externas e internas, tendentes a reactivar os fluxos de comunicación.
- Proporcionarase contidos e elaboraranse materiais que multipliquen a súa efectividade a través das novas tecnoloxías.
- Converterase en elemento de referencia a Web da institución.
- Implantarase un sistema de homologación dos portais en Internet que, polos seus contidos, credibilidade e rigor científico, coincidan coa política de comunicación (e divulgación) da institución. Ademais, impulsarase a teleformación.

Toda esta serie de tarefas exemplifican, dunha banda, o rol vertebrador da comunicación nunha Institución, e consecuentemente, a amplitude e transversalidade da área de traballo do Departamento de Comunicación.

2.1. REQUERIMENTOS DA FUNCIÓN DE COMUNICACIÓN

A prioridade na implementación das actividades de comunicación do gabinete depende dos obxectivos plantexados. Para que a Comunicación Institucional sirva aos obxectivos da entidade, debería cumprir cos seguintes requirimentos:

1.- Ser **global, comprehensiva e coherente** nas súas perspectivas externa, intermedia e interna, en todos os seus comportamentos e accións.

O primeiro do que debe ser consciente o gabinete de comunicación é que non se pode desligar:

- a) A comunicación da acción, pois todo comunica. Plantexar a comunicación á marxe da acción da institución carece de sentido. Ambas, comunicación e acción, constitúen un todo inextricable (Costa, 1999).
- b) A comunicación externa, da intermedia ou da interna. Destacan dous importantes erros na política de comunicación organizacional (Carrascosa, 1992):

1. Pensar que a comunicación empeza, ou, aínda peor, remata, no que publican os medios de información (ou calquera outro escenario de proxección <exterior> da empresa ou institución).
2. Esquecer a comunicación interna e carecer, por elo, de terapia preventiva ante a esquizofrenia que adoita xerar unha política exclusivamente baseada na imaxe exterior.

2.- Ser **directiva**, contar co apoio da dirección e depender directamente dela. Segundo explica Martín (1998), a Dirección de Comunicación ten que ser un Departamento staff á Alta Dirección e coa mesma categoría que calquera outra Dirección da organización.

“Tiene que estar estrechamente ligado a esa Alta Dirección, saber como piensa actuar en cada momento, para así coordinar y difundir inmediatamente la Información que se produce en el seno de la organización” (Martín, 1998: 54).

Considerar a comunicación como unha labor de dirección implica para a función de dirección as seguintes actitudes (Johnsson, 1991):

1. Relacións estreitas e frecuentes: A dirección da empresa esperará manter relacións estreitas e frecuentes coa función de comunicación. Debe quedar así reflectido no organigrama da empresa, onde a función de comunicación renderá contas directamente á dirección da empresa. Esta dará normas xerais á dirección de comunicación, como o fai con todas as demais funcións centralizadas. Igualmente, a función de comunicación ten o deber de dar información continua á dirección da empresa.
2. Función de comunicación informada: A dirección ten moito que gañar facendo que o director de comunicación participe nas primeiras fases das deliberacións sobre asuntos importantes. Canto máis delicado sexa o asunto, tanto maior será o número de problemas que se presenten respecto a opinións/actitudes e tanto máis importante deberá ser a aportación do director de comunicación.
3. A alta dirección debe confiar no director de comunicación: Os comportamentos anteriores deberán estar baseados nunha completa confianza na capacidade e lealdade do director de comunicación.
4. A alta dirección debe estar disposta a escoitar: A alta dirección debe entender con claridade que na toma de decisións importantes han de tomar parte outras consideracións que non sexan exclusivamente de carácter financeiro e xurídico. Valorar as relacións cos empregados, as corporacións locais e outros grupos importantes de contacto, así como as perdas e ganancias de reputación.

3.-Ser **estratéxica**, é dicir, fundirse na estratexia global da institución para contribuír a lograr as súas metas.

O Plan Estratéxico representa a culminación dun proceso de reflexión sobre os obxectivos e aspiracións de futuro dunha organización, trala realización dunha análise de oportunidades e ameazas que presenta o entorno, a identificación das súas fortalezas e debilidades internas, e a valoración da súa posición competitiva (DAFO). Este proceso permite definir unhas estratexias e liñas de actuación coa finalidade de manter e mellorar a posición da organización e conseguir acadar as metas fixadas.

“exercer a função estratégica significa ajudar as organizações a se posicionarem perante a sociedade, demonstrando qual é a razão de ser do seu empreendimento, isto é, a sua missão, quais são os seus valores, no que acreditam e o que cultivam, bem como a definirem uma identidade própria e como querem ser vistas no futuro” (Krohling Kunsch, 2006: 130).

Para a xestión hospitalaria, deberían poñerse en marcha unha serie de liñas de actuación destinadas a (Aparicio López, 2008):

- Orientarse ao cliente, buscar un intercambio de servizos e programas baseados nos valores e contravalores que percibe o usuario.
- Estudar as preferencias e necesidades de pacientes e de familiares, co fin de satisfacelas.
- Establecer estratexias diferentes en función de públicos distintos, ter en conta as necesidades das persoas que chegan doutros sitios, ter en conta a idade e o nivel socioeconómico.
- Mellorar o servizo en función de como o percibe o cliente e como se pon a disposición dos posibles usuarios.
- Integrar os profesionais do hospital no proxecto, en base a un reequilibrio de poderes que mellore a xestión de recursos humanos.
- Romper co aillamento do hospital, implementando a comunicación como pilar fundamental.

En todas estas medidas de xestión hospitalaria, a comunicación constitúe unha ferramenta insubstituíble e imprescindible.

“La comunicación no sólo se inserta en la estrategia general de la empresa, de la misma manera que lo hacen las finanzas, la producción, el marketing, sino que incluso:

- a) contribuye a definirla;
- b) la hace realizable y controlable” (Costa, 1999: 127)

“la comunicación institucional tiene para nosotros una finalidad estratégica que se manifiesta en la motivación y la toma de decisiones en el ámbito interno y en su proyección externa, que interviene en la construcción de la imagen pública” (Losada, 1998: 119).

4.- Estar **planificada** con obxecto de acadar uns obxectivos consensuados en función da problemática comunicativa que se queira superar e dos obxectivos estratéxicos que se queiran acadar. Ante a pregunta, ¿por que planificar a comunicación? Libaert (2005: 55) aporta dez razóns que sustentan esta decisión:

- Proporciona o marco xeral para as accións.
- Incrementa o valor da comunicación dentro da administración.
- Aclara o papel da comunicación na actividade da empresa.
- Abre a oportunidade para o debate interno e pode someter a revisión as decisións obsoletas.
- Combate a idea da comunicación concibida como unha ferramenta.
- Permite o monitoreo, o control e a avaliación.
- Permite a anticipación e o enfoque proactivo.
- Facilita a xerarquización das actividades nas accións programadas.
- Evita as revisións puntuais.
- Lexitima as asignacións orzamentarias en caso de cambio de rumbo.

5.- Partir da investigación e ser **flexible, reorientable**, en función dos cambios internos e externos. Por unha banda, debe sustentarse no estudo da identidade e da cultura corporativa e, por outra, debe actualizarse e reorientarse cando se considere necesario.

A institución que contemple a comunicación como parte da súa estratexia de xestión será unha organización aberta, evolutiva, flexible, responsabilizante e enerxética, e desenvolverá, en coherencia, unha comunicación organizada e, nesa medida: con finalidade, multidireccional, instrumentada, adaptada e flexible (Bartoli, 1992).

Características da Organización Comunicante	Características da Comunicación Organizada
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aberta, para comunicarse co exterior en emisión e recepción interactivas; ▪ Evolutiva, nin rutinaria nin excesivamente formalista; ▪ Flexible, para permitir unha dose oportuna entre comunicación formal e comunicación informal; ▪ Con finalidade explícita, para proporcionar un fio condutor á comunicación formal; ▪ Responsabilizante para todos co fin de evitar a busca dun poder artificial mediante a retención de información ▪ Enerxética, para crear por si mesma formación e comunicación, potencialidades internas e para saber levalas á práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe ter unha finalidade, vinculada a obxectivos e a un plan de conxunto. ▪ Debe ser multidireccional, ▪ Debe estar instrumentada e valerse de ferramentas, soportes, dispositivos, indicadores seleccionados en función dos obxectivos. ▪ Debe estar adaptada integrando sistemas de información administrables, administrados e adaptados ás necesidades específicas de cada sector. ▪ Debe ser flexible, para integrar o informal e crear estruturas que o favorezan.

Táboa nº 5. Características da Organización Comunicante e da Comunicación Organizada.
Fonte: Bartoli (1992: 126-127). Elaboración propia.

2.1.1. O PLAN DE COMUNICACIÓN.

Unha vez enmarcadas as necesidades comunicativas da institución nas súas necesidades vitais, habería que reflexionar sobre as estratexias a poñer en práctica para lograr os obxectivos plantexados. Estas estratexias serán concretadas e ordenadas no que se coñece como “plan de comunicación”.

“Sin la planificación la estrategia quedaría en proyecto, o en manos de la intuición; es necesaria la ordenación de actividades mediante la asignación de prioridades de tiempo y de valor para llevar la estrategia al campo de la realidad (Planificación estratégica)” (Pérez, 1996: 31).

Este instrumento do Gabinete de Comunicación é un documento de traballo que recolle as directrices a seguir e os instrumentos a empregar –a longo e a curto prazo- na Comunicación Externa e Interna dunha Institución.

“Se trata de un documento operacional cuyo propósito no es movilizar ni sensibilizar, sino establecer un marco de referencia para el conjunto de las acciones de comunicación. Revela una estrategia y busca ser exhaustivo, incluye referencias precisas para acciones concretas, es de carácter confidencial y, por tanto, no se difundirá fuera de la empresa” (Libaert, 2000: 63).

Para elaboralo, haberá que partir dunha necesaria etapa de investigación tanto a nivel interno como externo (auditoría), para concretar cales son as actuacións necesarias e, posteriormente avaliar os resultados obtidos:

Fase	Obxectivos
1. Investigación do ámbito de actuación.	Coñecer as características técnicas do noso público obxectivo ou potenciais receptores aos que se dirixen os nosas actividades, produtos e servizos.
2. Investigación 2.1. Interna 2.2. Externa	Coñecer a Cultura Corporativa; ter apoio incondicional dos empregados, mandos intermedios e sindicatos; fixar a opinión sobre a Imaxe Corporativa. Lograr a confianza do público e potenciar dita Imaxe corporativa
3. Determinación do Posicionamento da empresa ou institución no mercado.	Como se perciben as súas accións e servizos, quen é a súa competencia...
4. Creación dun Comité de Comunicación	Integrado por: Alta Dirección, Dirección de Comunicación; Consultor externo e Técnico especialista en cada tema a tratar. Un só voceiro para: mentalizar da necesaria comunicación directa entre Alta Dirección, empregados e sindicatos. Encargarse de coordinar todas as investigacións; xuntarse en situacións de Crise; etc..
5. Aplicación, control, seguimento e avaliación de accións	Búsqueda de canles idóneas externas e internas; incidencia das mesmas nos públicos internos e externos; postest de resultados; redacción de conclusións ou recomendacións.

Táboa nº 6. Fases dun Plan Estratéxico de Comunicación.
Fonte: Martín, 1998: 62-63. Elaboración propia

Hernández Rodríguez (2008) considera que un Plan de Comunicación debe incluír os seguintes contidos;

- 1.-Fixación do obxectivo xeral: qué comunicación queremos e qué imaxe corporativa esperamos cando finalice o período que imos planificar.
- 2.-Definición da política xeral de comunicación da institución ou entidade, cun decálogo de principios e obxectivos.

3.-Avaliación da situación actual. O punto de partida con todos os problemas tanto técnicos, coma humanos e de posicionamiento no segmento de mercado ao que se pertence.

4.-Deseño da arquitectura xeral do Plan, tanto dende o punto de vista cronolóxico como dos pasos cara aos obxectivos.

5.-Identificación dos medios necesarios para cumprir co anterior.

6.-Elaboración de programas: definición de obxectivos específicos, elección de estratexias e descrición de accións a desenvolver. A estratexia xeral descomponse en obxectivos parciais e estes, á súa vez, noutros menores, máis modestos e alcanzables.

7.-Establecer o *planning*.

8.-Elaborar un protocolo para situacións de crise, prevelas e establecer quen deberán integrar o grupo que tome as decisións en cada caso.

9.-Establecer os sistemas de seguimento e control, cos respectivos criterios de avaliación e parámetros de medida. Auditorías de comunicación, avaliación de campañas, estudos de presenza e valoración, entre outros.

O feito de planificar a comunicación resulta conveniente porque leva consigo un proceso de reflexión e de autocoñecemento que pode serlle moi útil a medio-longo prazo á institución. Supón poñer freo á inercia da vida diaria para deterse a pensar *quen somos, cara a onde desexamos dirixirnos e como podemos chegar ás nosas metas*.

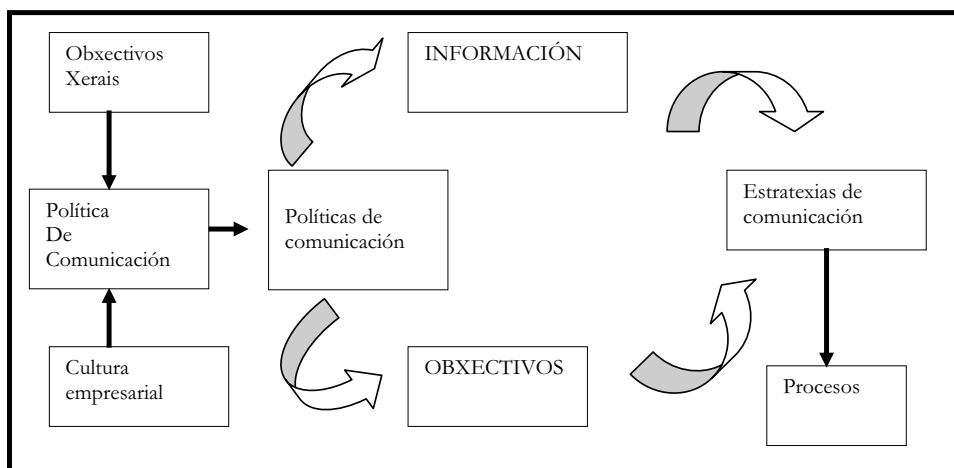
As aportacións do Plan de Comunicación son de grande importancia a nivel interno e externo xa que permite (Torvá Jordán, 1999):

- Incrementar e manter a percepción e coñecemento do grupo.
- Reforzar e recoñecer os logros conseguidos.
- Potenciar aos responsables como axentes de comunicación e motores do cambio, isto é, responsabilidade real de toda a organización e non só dun grupo determinado.
- Facilitar a adaptación aos cambios e procurarlles unha orientación clara e fiable.
- Reforzar a identidade dos empregados como factor de motivación intrínseca.
- Mellorar o papel dos empregados como líderes de opinión positivos.

- Mellorar o clima laboral e mellorar a imaxe externa. A comunicación interna contribúe de modo clave a mellorar a comunicación externa.

A planificación debe impregnarse necesariamente dos principios e orientacións xerais da política de comunicación da institución, que enraiza na cultura corporativa e nos obxectivos globais da mesma.

A partir desa política de comunicación matriz, xorden as políticas de comunicación⁹ que se concretan nas distintas estratexias¹⁰ que se aplican nos diferentes ámbitos comunicativos (externo, intermedio ou interno). Ditas estratexias lévanse a cabo a través dos procesos de comunicación (Del Moral, 2004).



Esquema nº 7. Planificación da Política de Comunicación.
Fonte: Del Moral, 2004: 47. Elaboración propia.

Polo tanto, o proceso de planificación da comunicación resulta de especial relevancia, polos seguintes motivos:

- Fai consciente a misión da institución, a súa filosofía e os seus valores. Imprégñase da cultura e dos obxectivos xerais da institución.

⁹ “Las políticas son líneas que orientan el pensamiento y la acción. Crean límites para que exista cierta consistencia en las decisiones que se toman en los diversos ámbitos de actuación de la organización” (Pérez Gorostegui, 2006a: 5).

“Las políticas comunicacionales de la empresa están constituidas por conjuntos de actividades contingentes, de obligada aplicación, por ser resultado de la interpretación que la alta dirección hace de la situación comunicacional de la empresa en un momento dado (...) Las políticas son la respuesta en términos de acción a una situación comunicacional diagnosticada.” (García Jiménez, 1998: 119).

¹⁰ “Una estrategia es un método o un conjunto de métodos elegidos para el logro de un objetivo asignado, teniendo en cuenta todas las posibles reacciones del adversario y/o la naturaleza” (Pérez, 1996: 26).

- Concreta obxectivos e estratexias para alcanzalos nos diferentes ámbitos de actuación da comunicación institucional, en base a un diagnóstico que acentúa o seu carácter pragmático.
- Permite determinar os medios materiais e humanos necesarios, así como as etapas na aplicación e as persoas responsables.
- Prevé unha serie de mecanismos para comprobar a validez dos procedementos aplicados, o que permitirá corrixir erros e mellorar as estratexias plantexadas.

3. VERTENTES DA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL: COMUNICACIÓN INTERNA E COMUNICACIÓN EXTERNA

Dende a perspectiva sistémica, as organizacións –as empresas e as institucións- son conceptuadas como un sistema aberto, isto é, en relación co seu entorno, de maneira que hai unhas relacións co exterior das que proceden unhas influencias ou *inputs* e que producen uns resultados ou *outputs* (este procedemento coñécese como Comunicación Externa). Pero ademais, hai unhas relacións e unha Comunicación entre os membros da Organización, que é o que se denomina Comunicación Interna. Ambas as dúas son interdependentes e, polo tanto, influéanse mutuamente.

O modelo integrador da Comunicación (Kreps, 1990) amosa a maneira en que están relacionadas as Canles de Comunicación Interna e Externa. As primeiras procuran a estabilidade da organización; as segundas diríxense cara á innovación, cara ó desenvolvemento continuo da organización.

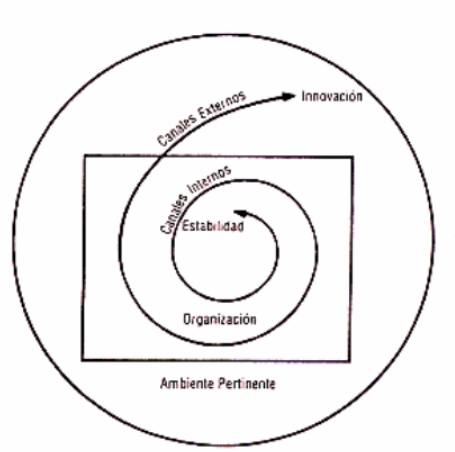


Figura nº 1. Modelo integrativo da Comunicación nas Organizacións
Fonte: Kreps, 1990: 25

A Comunicación Interna engloba o conxunto de actividades efectuadas por calquer organización para a creación e mantemento de boas relacións con e entre os seus membros, a través do emprego das diferentes canles de comunicación, que os manteñen informados, integrados e motivados, para contribuír co seu traballo ó logro dos obxectivos organizacionais (Andrade, 2005: 17).

Pero a Comunicación Interna non ten só obxectivos dentro da institución, tamén repercute fóra dela. No interior, abrangue o deseño e a coordinación dunha política global; a coordinación de

canles e fluxos de información; a transmisión de mensaxes estratéxicas, o fomento de mecanismos de retroalimentación e a implicación e motivación do persoal. Todo isto terá unha importante repercusión no seu exterior, destacando a transmisión dunha imaxe coherente, de organización unida e estable.

A Comunicación Externa sería un conxunto de mensaxes emitidos por calquer organización cara ós seus diferentes públicos externos, encamiñados a manter ou mellorar as súas relacións con eles, a proxectar unha imaxe favorable ou a promover as súas actividades, produtos ou servizos (Andrade, 2005: 17).

A este respecto, Martín (1998: 29) asume como presuncións básicas, as seguintes:

- A Comunicación Interna é o soporte previo e básico da Comunicación Externa.
- A Comunicación Externa é unha extensión da Comunicación Interna.

De aí que a coherencia e a coordinación de ambas sexa tan importante:

“¿Hay algo más arriesgado, por ejemplo, que la dicotomía contradictoria entre comunicación interna y externa o entre información y realidad concreta?”
(Bartoli, 1992: 106)

Este principio de coherencia supón (Bartoli, 1992):

- En materia de contido: pertinencia das informacións emitidas con respecto á realidade e aos obxectivos buscados;
- En materia de procesos:
 - Elección apropiada de medios, soportes e destinatarios desas informacións;
 - Posibilidades de retroalimentación para que a comunicación non sexa só información unilateral.

3.1. PÚBLICOS: CONCEPTO E TIPOS. A COMUNICACIÓN INTERMEDIA

O que principalmente distingue a Comunicación Externa e a Interna é o tipo de público ao que se dirixen. A Comunicación Interna e a Externa diríxense a uns destinatarios ou públicos distintos, o que condiciona as estratexias e as mensaxes dirixidas a cada un deles. Os públicos dunha organización son definidos como

“Conjunto de personas físicas y/o jurídicas determinado por alguna circunstancia que les da unidad y vincula expresamente a una empresa o institución” (Magallón, 2006: 108).

Losada Díaz (2002) fala da existencia de tres tipos de públicos:

- Públicos Internos: Aqueles que pertencen á institución e que, por iso mesmo, posúen unha relación directa e continuada con ela.
- Públicos Externos: Aqueles que non pertencen á institución e manteñen con ela unha relación esporádica.
- Públicos Intermedios: Aqueles que sen pertencer á organización vense afectados de forma directa pola vida desta, na que toman parte máis ou menos activa.

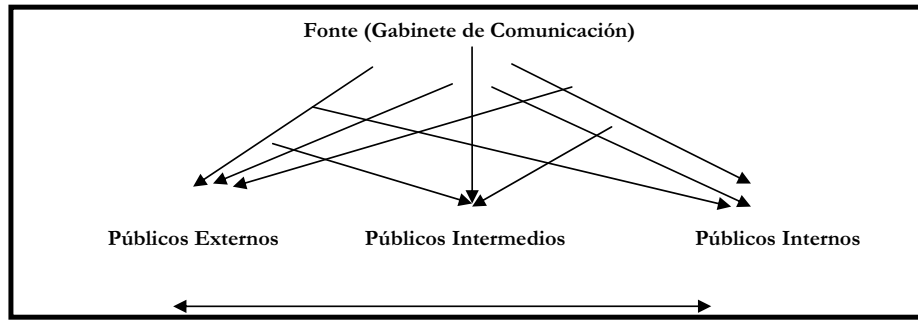
A comunicación intermedia permite prestar atención a uns públicos concretos que non poden considerarse internos porque non pertencen á empresa, non viven da súa nómina; nin externos, porque non están absolutamente fóra da súa influencia ou acción, non resultan totalmente alleos á empresa ou organización (Del Moral, 2004).

Ademais, os públicos intermedios poden ser eficaces transmisores das demandas sociais cara a institución e amplificadores das mensaxes que a institución está interesada en dirixir á opinión pública, por un lado, e a outras instancias sociais coas que ten que interactuar para lograr os seus obxectivos (Losada, 1998).

Non obstante, cómpre matizar que os públicos non constitúen compartimentos estancos inamovibles, senón que poden variar os seus posicionamentos respecto da organización. No caso do hospital, os cidadáns da contorna serían públicos externos, pero se padecen algunha enfermidade e acoden ó hospital, converteríanse en públicos intermedios do mesmo (non pertencen á institución nin manteñen necesariamente unha relación continuada coa mesma, pero vense afectados de forma directa pola vida desta).

Por outra banda, as mensaxes emitidas cara á un determinado público poden chegar a calquera dos outros dous. O exemplo é claro: O que publican os medios de comunicación –públicos externos–

chega aos empregados dun hospital (públicos internos) e o que se comunica aos públicos internos (empregados), non é difícil que chegue aos públicos intermedios (usuarios).



Esquema nº 8. Posicionamento variable dos tipos de públicos dunha Institución.
Elaboración propia.

En consecuencia, o gabinete de comunicación debe ter unha visión de conxunto para que as súas mensaxes sexan coherentes e leven na mesma dirección o discurso da institución na súa vertente externa, intermedia e interna.

Os públicos internos son, ademais, os embaixadores da Institución perante os outros dous tipos de públicos (externos e intermedios, no caso do hospital) de maneira que a comunicación con eles debe converterse nunha prioridade para a institución.

O seu nivel de información, de satisfacción e de implicación co posto de traballo (e a relación entre estes elementos) condicionarán consecuentemente a imaxe que transmitan da Institución. Por iso é tan importante que os públicos internos sexan informados dos acontecementos relevantes que afecten á institución, que participen activamente na súa xestión e que se atopen motivados e orgullosos da organización para a cal traballan.

“Para promover, el empleado debe saber: Para que los empleados sean portadores de mensajes generales acerca de la empresa, antes que nada es necesario que los hayan recibido ellos mismos.

Para promover, el empleado debe creer.

Para promover el empleado debe querer. El empleado no motivado en el seno de su organización será sin duda poco propenso a promoverla en el medio externo. Para que verdaderamente tenga ganas de hacerlo es preciso que se sienta mínimamente identificado con la empresa, de manera que la promoción Externa sea para él fuente de valoración personal y a la vez de contribución voluntaria a resultados colectivos”. (Bartoli, 1992:100).

De onde, a Comunicación Interna vehicularía as seguintes funcións:

Funcións da Comunicación Interna na Institución		
Función	Proceso	Dimensión
Función Informativa (retroalimentación)	Facer saber e saber	Dimensión cognoscitiva
Función Identificativa / Cultural	Ser crida e crer	Dimensión identitaria
Función Motivadora	Facerse querer e querer	Dimensión afectiva

Táboa nº7. Funcións da Comunicación Interna na Institución.
Inspirado en Bartoli (1992). Elaboración propia.

Un dos retos da Comunicación Hospitalaria Interna ten que ver coa variedade de públicos internos ós que debe dirixirse, con diversidade de funcións e coa convivencia entre diversas xerarquías internas. Como veremos, no Hospital existe unha dobre liña de autoridade, a administrativa e a profesional, de maneira que se fala das distintas visións entre o *xerencialismo* e o *profesionalismo*.

A Comunicación Interna resulta fundamental, tanto polos beneficios que se poden obter das vantaxes que aporte a aplicación dunha boa política de Comunicación Interna a nivel de coordinación, de funcionamento e de rendemento interno, como polas consecuencias que se deriven da mesma no exterior.

3.2. A COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL INTERNA. FUNCIONES

A comunicación dirixida ós públicos internos pode realizar tres percorridos distintos na institución: de abaixo arriba (comunicación ascendente), de arriba abaixo (comunicación descendente), no mesmo nivel (comunicación horizontal), a todos os niveis (comunicación transversal, oblicua ou diagonal).

A finalidade de cada un destes tipos de Comunicación Interna son as seguintes (Ongallo, 2007):

- 1) Descendente: Comunicar aos niveis inferiores da organización as ordes ou noticias que emanan dos niveis superiores (dirección, xerencia...).
- 2) Ascendente: Obter datos e noticias relativas á moral laboral do persoal, socios e colaboradores, as súas aspiracións, desexos e opinións.
- 3) Horizontal: Promover o intercambio de datos e impresións entre os membros dun mesmo nivel xerárquico, ou do seu mesmo grupo.

- 4) Transversal (Del Pozo Lite, 1997): A configuración dunha linguaxe común entre todos os membros da organización e dunha serie de actividades coherentes cos principios e valores que a organización persegue.

As funcións de cada unha delas son diversas e complementarias (Lucas Marín, 1997):

Funcións da Comunicación Horizontal, Descendente e Ascendente		
Comunicación horizontal	Comunicación descendente	Comunicación ascendente
1. Facilita a coordinación de tarefas, permitindo os membros establecer relacións interpersoais efectivas.	1. Enviar ordes ó longo da xerarquía.	1. Proporcionar o <i>feedback</i> acerca de asuntos e problemas actuais da organización.
2. Proporciona un medio para compartir información relevante da organización entre colegas.	2. Proporcionar información relacionada co traballo.	2. Ser unha fonte primaria de retorno informativo.
3. Canal para resolver problemas e conflitos de dirección entre colegas.	3. Facilitar un resumo do traballo realizado.	3. Aliviar tensións.
4. Permite que os colegas se apoién mutuamente.	4. Adoutrinar os membros para que recoñezan e internalicen os obxectivos da organización.	4. Estimula a participación e o compromiso de todos, intensificando a cohesión da organización.

Táboa nº 8. Funcións da Comunicación Horizontal, Descendente e Ascendente.
Fonte: Lucas Marín (1997). Elaboración propia.

Estas funcións máis inmediatas da Comunicación Interna nunha organización resópanse, a nivel instrumental, en tres (Ongallo, 2007):

- Informar da estratexia e fins da empresa.
- Recabar opinións e suxestións das persoas da organización, o que permite alcanzar os obxectivos máis rapidamente ou máis satisfactoriamente.
- Lograr a coordinación entre unidades diferentes da organización.

A Comunicación Interna vehículase a través de canles ou circuitos formais e informais de comunicación. As primeiras son planificadas e establecidas pola organización, mentres que as canles informais non foron planificadas e non sempre seguen a estrutura formal da organización, senón que emerxen de maneira natural da interacción social entre os membros da organización (Kreps, 1990). Unha Intranet, por exemplo, é unha canle formal de comunicación; un rumor sería unha canle informal de comunicación interna. Unha e outra complementáanse.

“La existencia de los grupos informales y de sus correspondientes líneas de comunicación se considera positiva, pues la organización formal se manifiesta en unos planes de actuación demasiado esquemáticos, sin tener de todo en cuenta a las personas, y sus fallos y lagunas deben ser rellenados por la propia organización de una manera informal” (Lucas Marín, 1999: 111).

E non é só que a comunicación informal se considere positiva, senón que é unha comunicación necesaria dentro da organización. A súa importancia baséase en dous factores (Mintzberg, 1984):

- É necesaria para o desenvolvemento do traballo na organización (un sistema totalmente normalizado desprovisto de comunicación informal é inviable)
- A natureza social das organizacións, que están integradas por seres humanos que obviamente precisan comunicarse.

Dende unha visión en profundidade da Comunicación Interna, podemos dicir que desempeña catro funcións de grande importancia (García Jiménez, 1998):

- *Unha función corporativa*, pois contribúe a precisar e a fixar a identidade e personalidade corporativa.
- *Unha función operativa*, xa que permite compartir o coñecemento técnico e as actitudes positivas de cooperación e implicación para un mellor desempeño do posto de traballo.
- *Unha función cultural*, pois ensina e habitúa a “vivir a empresa”.
- *Unha función estratéxica*, como elemento clave á hora de deseñar as políticas e estratexias da empresa.

A importancia da Comunicación Interna baséase no seu poder de unión e mobilizador. En palabras de Villafañe (1993),

“Su principal función es apoyar estructuralmente el proyecto empresarial sea cual sea la orientación estratégica de la empresa en términos de management”
(Villafañe, 1993: 238).

¿De que maneira a Comunicación Interna pode apoiar estruturalmente o proxecto empresarial? Cada autor aporta a súa interpretación.

Segundo Villafañe (1993):

- A través da implicación do persoal, que dá lugar a unha relación biunívoca entre a empresa e o individuo e a unha mobilización deste para conseguir, a partir da intersección do seu sistema de valores co da organización, cumprir as súas expectativas asociando o seu propio éxito ao da empresa.
- A través da harmonía das accións da empresa, que constitúe un paso máis que a coherencia nas accións pois non só existe a circulación de información, senón que esta ascende á dirección da compañía que a reformula, de maneira que se consegue a identificación co pensamento da empresa.
- O cambio de actitudes, nun contexto de profundos cambios a distinto nivel: tecnolóxico, social, etc.

- A mellora da produtividade: mediante a transmisión da información operativa e sensibilizando o persoal nos obxectivos de rendibilidade da empresa.

Para del Pozo Lite (1997), a partir da proposta realizada dende a *Association Française de Communication Interne*, son funcións da Comunicación Interna:

- Investigar: escoitar o clima social para anticipar disfuncións. Crear un clima dinámico a través da pluralidade de opinións.
- Orientar: Capacidade de escoitar e de sensibilizar sobre os distintos aspectos da empresa.
- Informar: Concibir unha política de información escrita, oral e audiovisual para dar resposta ás necesidades de información do público interno,
- Animar e Coordinar: Constituír unhas redes de correspondentes cos seguintes fins: informativos, de coñecemento do clima social e do ambiente de traballo.
- Organizar Campañas: Mobilizar un grupo de traballadores coa misión de organizar campañas ou sesións de Comunicación Interna.
- Formar: Favorecer o perfeccionamento e as capacidades de comunicación que teñen os membros responsables da comunicación interna.

Segundo Andrade (2005), o obxectivo fundamental da Comunicación Interna é o de fortalecer a identificación dos colaboradores coa empresa, proporcionándolles información relevante, suficiente e oportuna, reforzando a súa integración, e xerando neles unha imaxe favorable da organización e dos seus produtos e servizos. Este obxectivo xeral descomponse en 5 subobxectivos (Andrade, 2005):

1. Favorecer a **Identificación** dos colaboradores coa empresa e o seu sentido de pertenza a través do reforzamento constante da cultura organizacional.
2. Asegurar que os colaboradores con **Información** confiable, suficiente e oportuna, que lles permita coñecer as cousas importantes que suceden na empresa e desempeñar o seu traballo de maneira óptima.
3. Fomentar a **Integración** con e entre os colaboradores da empresa.
4. Proxectar unha **Imaxe** favorable e consistente da empresa e dos seus produtos e servizos entre os seus públicos internos, que sexa congruente coa que se manexa cara ó exterior.
5. **Investigación**: Crear e aplicar as ferramentas que permitan coñecer o estado da comunicación na empresa, así como avaliar a efectividade dos esforzos emprendidos para melloralas.

A Comunicación Interna favorece e promove as relacións entre as persoas da organización xerando a confianza e o compromiso cunhas metas e valores comúns. Por iso entre as súas funcións destacan (De Marchis, Gil-Casares e Lanzas, 2007):

- Facilitar o bo clima de traballo.
- Facilitar a circulación de información.
- Reducir as posibilidades de conflito.
- Implicar as persoas nos obxectivos da organización, facéndoas formar parte dos seus proxectos.

FUNCIÓNS DA COMUNICACIÓN INTERNA					
Villafañe (1993)	Del Pozo Lite (1997)	García Jiménez (1998)	Andrade (2005)	De Marchis et al. (2007)	Ongallo (2007)
Implicar o persoal Harmonizar as accións Cambiar as actitudes Mellorar a produtividade	Investigar Orientar Informar Animar e coordinar Organizar campañas Formar	Función corporativa Función operativa Función cultural Función estratéxica	Identificación Información Integración Imaxe Investigación	Facilitar o bo clima de traballo. Facilitar a circulación de información. Reducir as posibilidades de conflito. Implicar as persoas	Transmisión dunha vontade real Difusión de valores comúns Transmisión de mensaxes importantes Colaboración interdepartamental

Táboa nº 9. Funcións da CI segundo distintos autores. Elaboración propia.

A Comunicación Interna permite xerar unha serie de valores e de comportamentos que benefician tanto ós públicos internos como á Institución, como ós clientes ou usuarios do servizo, por iso é tan importante como instrumento de *management*:

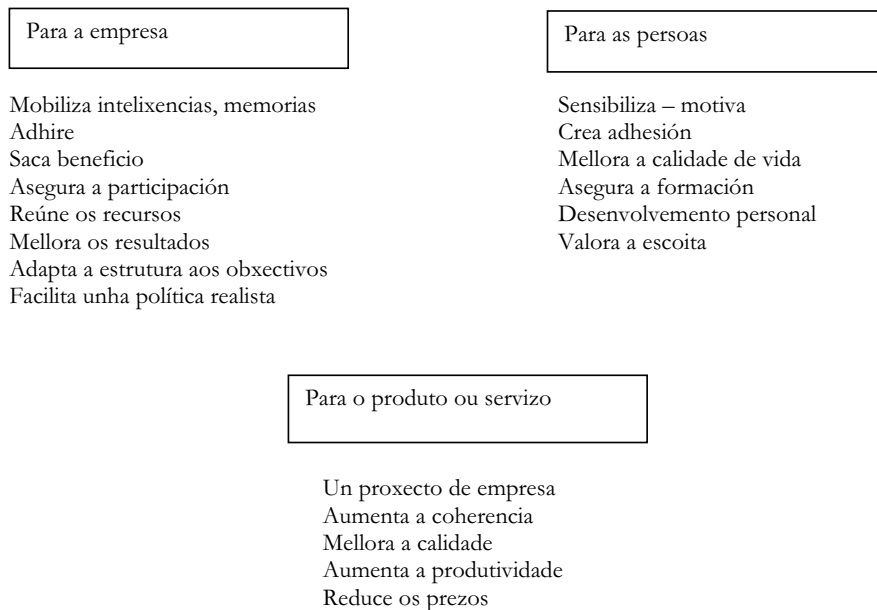
1. Contribúe a mellorar o clima de traballo;
2. Contribúe a motivar os traballadores, creando un sentimento de equipo e de orgullo de pertenza;
3. Contribúe a mellorar a satisfacción dos empregados co seu traballo;
4. Vehicula a cultura corporativa,

E todo isto, especialmente no sector servizos, significa unha cousa: un empregado satisfeito é un cliente satisfeito.

“Employees who feel they are treated well by the organization (that is, by their manager) are more likely to give the customer better service; this means the

customer is more likely to spend more and return to the store. Looking to the future, trends suggest that jobs that require direct interaction with customers will become increasingly important. Ensuring these interactions are positive and successful is the goal of every customer-oriented organization and the responsibility of each manager”. (Withworth, 2006: 216)

En coherencia coa relevancia das súas funcións, as vantaxes da CI son múltiples (Lebel e Lebel, 1992):



A Comunicación Interna pode aplicarse en tres ámbitos distintos de influencia sobre os empregados (Gonzalo Molina, 2002):

- Coñecemento: Coñecer e comprender unha interpretación común sobre a situación da empresa no seu entorno, a estratexia de actuación definida e a implicación de todos nela.
- Compromiso: Compartir e sentirse comprometido nuns retos que supoñan a superación das debilidades de desempeño que hoxe amosa a organización.
- Acción: Participar naquelas accións concretas que materialicen ese mellor desempeño no ámbito de traballo de cada un.

Algúns *mandamentos básicos* para poñer en práctica unha Comunicación Interna eficaz son (Carrascosa, 1992):

1. A comunicación cos empregados é unha compoñente fundamental dos sistemas de xestión e representa nese senso un activo capital á hora de lograr a comprensión, o consenso e o

compromiso interno sobre os obxectivos da organización e do seu programa de relacións públicas.

2. É esencial o compromiso e a participación de todos os estamentos da alta dirección.
3. Debe ser un procedemento planificado, que responda a unha estratexia e debe implicar a profesionais da comunicación e a directivos chave.
4. Os directivos deben ser condutores principais e catalizadores da comunicación eficaz.
5. Os contidos da comunicación cos empregados deben referirse aos obxectivos prioritarios do negocio ou actividade da organización expresados de forma intelixible e aberta a través de canles múltiples de comunicación.
6. Deben establecerse mecanismos de avaliación de resultados e auditoría de comunicación interna.

A Comunicación Interna, como área da Comunicación Institucional, debe ser ideada, planificada, orientada, instrumentada e avaliada para lograr os obxectivos que se determinen, tras unha fase previa de diagnóstico da situación. Debería procurar, no marco da súa función estratéxica, a implicación de todos os actores da Institución no logro das súas metas e obxectivos e debera partir, asimesmo, da concienciación sobre a súa importancia e do compromiso da xerencia ou dirección.

3.2.1. A POLÍTICA DE COMUNICACIÓN INTERNA

A respecto da ubicación da área de Comunicación Interna no organigrama departamental, dende o presente traballo, entendemos que a Comunicación Interna debe ser estudada, implementada e avaliada dende o departamento de comunicación.

“Su dependencia orgánica se enmarca, cada vez más, en la Dirección de Comunicación, ya que por tratarse de una función transversal a todas las políticas corporativas su ámbito de competencia y su capacidad de representación del conjunto de la organización supera al de Recursos Humanos”. (Morales Serrano, 2001: 221).

Como parte do Gabinete de Comunicación, a Comunicación Interna ocupárase alomenos de (Ramírez, 1995): 1) Participación Interna, 2) Formación Interna, 3) Boletíns especializados e 4) Documentación, Análise e investigación.

A nosa visión da área de Comunicación Interna resulta máis ambiciosa. A CI debería ocuparse de poñer en marcha os mecanismos e as canles que, en coherencia coa Política de Comunicación Global, permitan ir logrando os obxectivos establecidos. As súas liñas de actuación potenciarán:

- **PARTICIPACIÓN.** Facer que o proxecto da empresa ou institución sexa un proxecto de todos. Entablar un diálogo constante cos empregados, que permita escoitar e valorar as suxestións ou propostas de mellora.
- **INFORMACIÓN.** Satisfacer as necesidades de información de cada un dos públicos internos.
- **ESCOITA.** Establecer unha actitude dialogante cos públicos internos.
- **RELACIÓN.** Promover as relacións cordiais e o sentido de equipo a todos os niveis.
- **IDENTIFICACIÓN.** Contribuír a fomentar o orgullo de pertenza. Consolidar e rexenerar a identidade da organización.
- **FORMACIÓN EN COMUNICACIÓN.** Segundo áreas e necesidades.
- **ESTUDO E INVESTIGACIÓN.** Coñecer o ambiente interno, averiguar onde hai problemas, medilos, avalialos e propoñer solucións. Actualizar a información obtida cada certo tempo. Controlar o grao de éxito ou fracaso de iniciativas e accións.

Desbotamos unha visión da Comunicación Interna reducida a canles e soportes de Comunicación, que sen ser enmarcados nunha estratexia ou visión de conxunto que lles outorgue sentido, nunha avaliación da situación previa e nunha política comunicativa global, carecen de valor. Apostamos pola comunicación como medio –“intracomunicación”- por oposición á comunicación como finalidade (Elías e Mascaray, 1998):

Comunicación Interna	Intracomunicación
Como finalidade	Como medio
Como información	Como catalizador
Para normalizar	Para relacionar
En crise	En permanencia
Como técnica	Como estratexia
Afecta o empregado	Afecta a cultura
Afastada da realidade	Preto da realidade
Sen mensaxe	Con mensaxe
Separada da formación	Involucra a formación
Horizontal vertical e radial	Transversal
Mandos pasivos	Mandos activos
Os medios son todo	Os medios son medios
Non hai <i>mix estratéxico</i>	Hai <i>mix estratéxico</i>

Táboa nº 10. Comparativa entre Comunicación Interna e Intracomunicación.
Fonte: Elías, J.; Mascaray, J., 1998: 64. Elaboración propia.

Para proxectar as accións comunicativas durante un período de tempo, debe deseñarse un plan de comunicación interna. As fases de elaboración dun plan de comunicación interna pasan por tres etapas principais (De Marchis, Gil-Casares, Lanzas, 2007:203-204):

Fase de Análise

- Análise da situación: Análise do estado da CI: Canles dispoñibles e nivel de efectividade.
- Detección de necesidades: En Comunicación Ascendente, Descendente e Horizontal.
- Audiencias
- Clientes internos
- Condicionantes de negocio: Condicionantes do Sector, da Organización e da Competencia.
- *Benchmarking*: Coñecer as experiencias e solucións postas en marcha por outros colegas.

Fase de Deseño

- *Employee Value Proposition* (EVP): Vantaxe competitiva como empregadores.
- Posicionamento da CI na Organización
- Canles e ferramentas de CI
- Test coa Liña: Implicar a Liña na elaboración do Plan.
- Obxectivos, seguimento e medición
- Aliñamento coa estratexia comunicativa

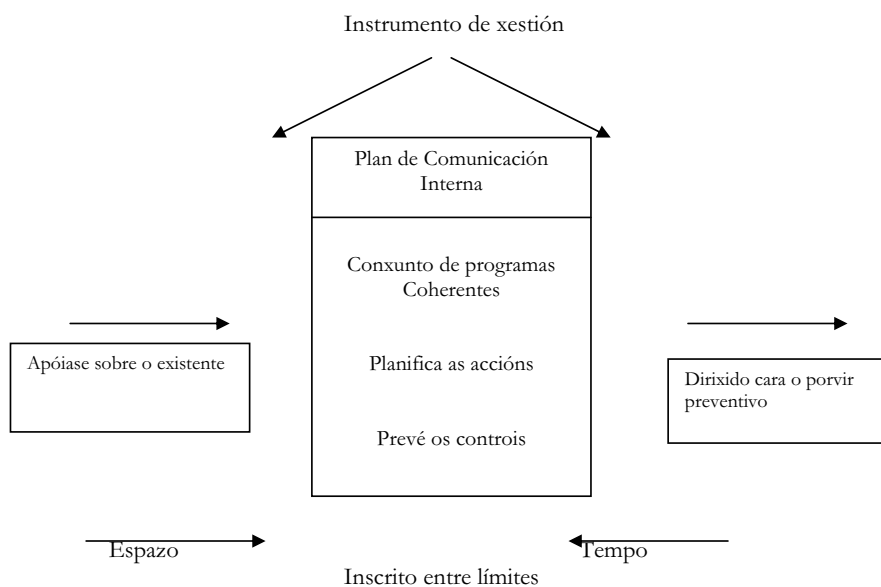
Fase de Implementación

- Implicación da Alta Dirección
- Marketing Interno
- Revisión e Actualización

A fase de análise, previa, resulta fundamental para partir dunha situación coñecida, a partir da que identificar os retos e as necesidades que experimenta a organización. Segundo Ongallo (2007), a análise previa permite coñecer:

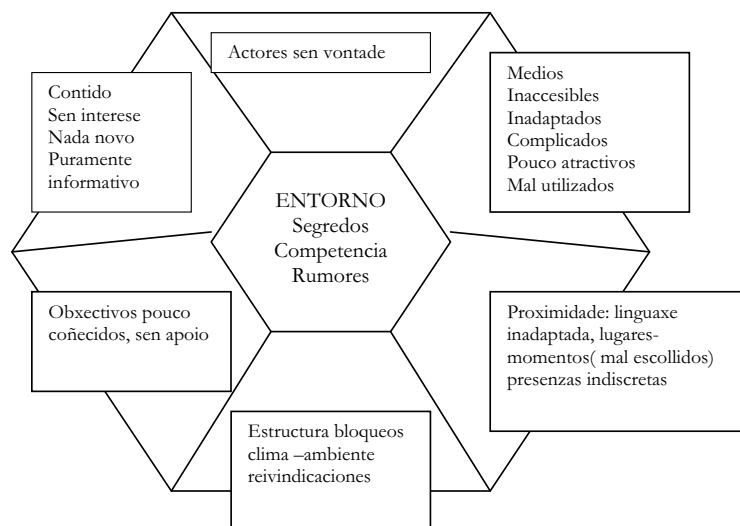
- As necesidades de comunicación;
- A eficacia e o grao de aceptación das canles que se deberan empregar;
- O grao de compromiso do plantel e o grao de descontento;
- Os obxectivos e a misión da empresa.

Apoiándose sobre a situación existente, o Plan de Comunicación Interna diseña un conxunto de programas coherentes, planifica unha serie de accións e prevé unha serie de controis das medidas postas en marcha, co obxectivo de mellorar o porvir da organización (Lebel e Lebel, 1992):



Esquema nº .9 Plan de Comunicación Interna.
Fonte: Lebel, Lebel, 1992: 29. Elaboración propia.

Á hora de poñer en marcha a política de comunicación interna, o Gabinete de Comunicación pode atoparse con distintos obstáculos (Lebel e Lebel, 1992):



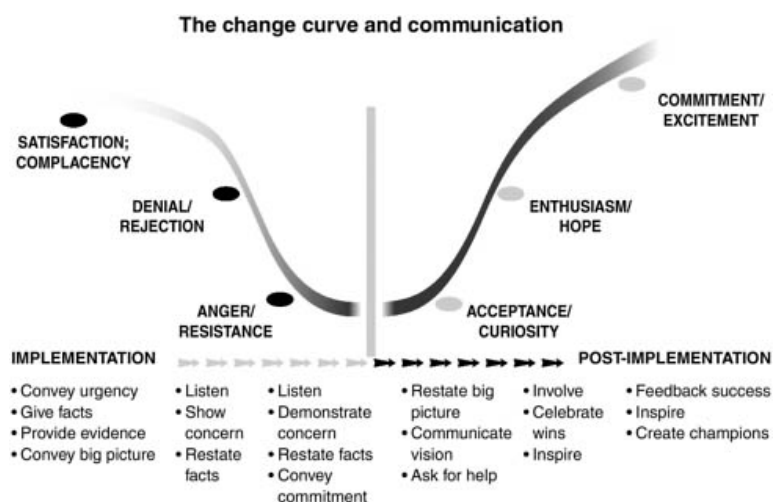
Esquema nº 10. Dificultades da Comunicación Interna.
Fonte: Lebel e Lebel, 1992: 28. Elaboración propia.

Nos seus inicios, dentro dos públicos internos, pódese atopar reticencia e /ou desconfianza respecto do rol da Comunicación Interna na institución, especialmente se supón un cambio no que son os modos tradicionais ou rutinas de relación, de funcións e de dinámicas internas.

“no debe sorprendernos que los procesos de cambio, o algunos cambios concretos, encuentren una resistencia que puede ir de la simple indiferencia y apatía a la adopción de medidas tendentes a boicotearlos” (Andrade, 2005: 81)

“Dependiendo de la dimensión de la empresa, del sector donde ésta opera, y de las circunstancias que la rodean, puede asegurarse que el comité de empresa desconfía de esta herramienta si no se gestiona con absoluta profesionalidad, transparencia y honestidad” (Cervera Fantoni, 2004: 279).

Esta reticencia, indiferenza ou desconfianza inicial debería converterse en aceptación, posterior entusiasmo e finalmente compromiso, unha vez implementada a estratexia de Comunicación Interna, é dicir, unha vez coñecidas as novas maneiras de xestión interna e amosadas as súas vantaxes e oportunidades.



Gráfica nº 1. Evolución trala implementación da Comunicación Interna.
Fonte: Benner McBride (1999), apud Theaker, A. (2004: 173).

Para conseguilo é necesario ter en conta unha serie de aspectos (Andrade 2005):

1. Dicir sempre a verdade, xa que se as persoas perciben que se lles mentiu poden incrementar a súa desconfianza.
2. Proporcionar información suficiente, confiable e oportuna, de maneira que os colaboradores entendan o que está a pasar, apoien as accións emprendidas e fagan o que se agarda deles.

3. Ser especialmente coidadosos cos líderes formais ou xefes xa que se os facemos conscientes da súa responsabilidade como comunicadores e lles proporcionamos información que debe baixar cara a outros niveis, aproveitaremos as canles formais e informais de comunicación mellor.
4. Proporcionar unha comunicación multidireccional, que permita que as opinións, as inquietudes, as dúbidas e as suxestións sexan canalizadas e reciban resposta.

A Comunicación Institucional Interna permitirá transformar uns obxectivos abstractos nun proxecto concreto, compartido e no que todos atopen o seu lugar. A súa transversalidade convértea nas veas e arterias da institución, no circuito polo que circulan ideas, informacións e valores.

A súa importancia baséase, polo tanto, en ser vehículo doutros elementos internos polos que á súa vez verase condicionada na súa implementación, planificación e dirección. Estamos a falar da cultura corporativa, o liderazgo, o clima ou a reputación interna da institución.

3.2.2. CANLES DE COMUNICACIÓN INTERNA

As canles de Comunicación Interna son os medios e soportes a través dos que a Institución pode valerse na comunicación cos seus públicos internos. O seu emprego debe estar adaptado ás necesidades comunicativas internas, evitando a saturación informativa dos destinatarios das mensaxes.

As canles/soportes de información e comunicación interna son múltiples e poden ser clasificados en función de diferentes criterios:

- a) Se son canles de comunicación escrita, oral, ou audiovisual.
- b) Se potencian a comunicación directa ou indirecta e o sentido ou vertente da comunicación (Ascendente, Descendente, Horizontal ou Transversal).

Dispositivos	Comunicación Directa				Comunicación Indirecta			
	A	D	H	T	A	D	H	T
Intranet					x	x	x	x
Revista Interna					x	x	x	x
Taboleiro de anuncios						x	x	x
Caixa de suxestións					x			
Manual de acollida						x		
Circulares						x		
Memorias					x	x	x	x
Correo Interno					x	x	x	x
Correo e-					x	x	x	x
Comunicación Telefónica					x	x	x	x
Megafonía						x	x	x
Xuntanzas	x	x	x	x				
Entrevistas	x	x	x	x				
Actividades de Formación	x	x	x	x				
Actos Sociais	x	x	x	x				
Rumores	x		x	x				

Táboa nº 11. Clasificación das principais canles de Comunicación Interna.
Elaboración propia.

As canles directas e indirectas que se recollen non son todas as existentes, pero si algunhas das máis importantes. As canles persoais favorecen a circulación da información en todos os sentidos: ascendente, descendente, horizontal e transversal e contribúen a fomentar as relacións internas entre os empregados e entre estes e os seus xefes, o que pode potenciar a convivencia e o sentido de pertenza á institución.

Para Pinillos (1995), resulta de vital importancia a comunicación directa entre os superiores e os membros do equipo de traballo mediante canles formais (entrevistas, xuntanzas) ou informais ("tertulias de café"), xa que os contactos persoais son os únicos que dan realmente resposta á preocupación última dos profesionais en materia de comunicación: "que o meu xefe fale connmigo".

Outro autor que pon énfase na necesidade de potenciar a comunicación cara a cara é Young (1995), quen aposta pola comunicación directa fronte ás notas circulares ou ás follas de interconsulta.

As canles indirectas deben favorecer, sempre que se poida, a participación dos traballadores, evitando que se convertan en sistemas de notificación descendente e favorecendo a existencia de feedback.

Vexamos as características, vantaxes e desvantaxes das canles sinaladas:

Intranet

Rede informática para emprego interno. Posiblemente, unha das canles internas de comunicación máis importantes. Os contidos que en xeral inclúe unha Intranet son (De Marchis, Gil-Casares e Lanzas, 2007):

- *Aplicacións.* Os programas que se empregan en cada departamento da empresa.
- *Recursos Humanos.* O empregado pode acceder a distintos servizos da empresa como petición de vacacións, xustificación de gastos, cambio de datos bancarios, etc. Tamén se atopan planos de formación, perfil de competencias, oferta de vacantes, etc.
- *Manuais, directorio e calendario.*
- *Prensa e noticias.*
- *Comunicación especificamente interna.* Pode almacenar todo tipo de información ascendente, descendente, horizontal e oblicua, xeralmente de tipo formal.

Para Xifra (2007), a Intranet pode, ademais servir de plataforma a outras ferramentas de comunicación interna, poñendo en marcha: xuntanzas virtuais; un taboleiro de anuncios electrónico; unha caixa virtual de suxestións; videoconferencias; foros de discusión; blogs, wikis e podcasts; boletíns internos e revistas de empresa.

Castillo (2004) subliña asimesmo a potencialidade da Intranet na creación de grupos de traballo *virtuais* e no *e-learning*, é dicir, na aprendizaxe ou formación por medio da Rede.

Revista interna e/ ou boletín interno de información

Contribúen tamén a crear cultura corporativa e deben ser vehículo de información en todas as direccións.

“Todo boletín interno debe fijarse como meta el tener al personal al corriente de la vida de la organización, de hacérsela interesante y de activar un sentimiento de pertenencia” (Xifra, 2007: 32).

Algunhas razóns polas que unha organización deba editar unha revista interna son as seguintes (De Marchis, Gil-Casares e Lanzas, 2007: 185):

1. Necesidade de informar acerca da empresa e do que a rodea.
2. Nos seus diferentes formatos, é unha ferramenta de comunicación tanto interna como externa.
3. É unha tarxeta de presentación da propia empresa.
4. A información publicada goza de gran “credibilidade”. Evítase a rumoroloxía e a desinformación.
5. É un vínculo de unión entre a empresa e os seus traballadores.
6. É un factor de cohesión entre os traballadores.
7. Se se xestiona por medio da Intranet é unha canle de comunicación inmediata, actualizable e “persoalizable”.
8. Pódese empregar como ferramenta de formación continua para os traballadores.
9. Ten unha boa capacidade integradora posto que pode implicar a participación do lector.
10. Reforza a imaxe de empresa e de marca.
11. É un elemento vivo que evoluciona ó mesmo ritmo que a empresa e adáptase ós seus cambios.

Taboleiro de anuncios

Taboleiro onde se colgan todo tipo de informacións internas. Para Xifra (2007) implica, como vantaxes, sobre todo dúas: a súa facilidade (son sinxelos, pouco custosos e execútanse rapidamente); e como inconvenientes: a simpleza (son informacións moi directas sen lugar para a argumentación); a desatención (non se lles fai moito caso); a limitación no número de mensaxes e a indiscreción, dado que están expostos á mirada do visitante exterior.

Outra vantaxe sería que se pode ler en momentos de espera e outro inconveniente é que, a non ser que estea protexido, o material pendurado pode ser roto, escrito ou eliminado e que a información ten que dirixirse a todos, a non ser que estea dividido en seccións (De Marchis, Gil-Casares e Lanzas, 2007).

Caixa de suxestións

Ferramenta que favorece o *feedback*, pois mediante ela, coñecemos as propostas de mellora que realizarían os públicos internos acerca do funcionamento do hospital. Wesphalen e Piñuel (1993) realizan as seguintes recomendacións para optimizar o seu emprego:

- Enmarcar o procedemento para evitar que se convirta nunha caixa de reclamacións.
- Facerlle seguimento, garantir o seu control. Toda suxestión e idea merece ser contestada.
- Render contas dos resultados. Pode ser útil facer un balance anual das aportacións recibidas no buzón.

Manuais de acollida a novos profesionais

Constitúen unha ferramenta de interese no proceso de acollida ao novo traballador. A través deles perséguese (Cervera Fantoni, 2004: 291):

- Unha comunicación máis fluída, respondendo de maneira uniforme a cuestións similares.
- Establecer un protocolo a seguir en situacións especiais dentro da empresa.
- Aprender os mecanismos básicos no tratamento dos clientes.
- Comprender a importancia da cultura corporativa, aprender a respectala e a mantela.

Nel, explícanse aspectos sobre os valores e obxectivos da institución, permite proporcionar información de utilidade (plano das instalacións, organigrama, etc.) e adoito inclúense aspectos sobre retribucións, vacacións, permisos...

Circulares

Canal de comunicación interna descendente para dar a coñecer unha determinada información a todos os empregados.

Memorias e balances internos

Elaborados periodicamente, empréganse para dar a coñecer Información sobre a xestión e os resultados obtidos por un departamento ou polo conxunto da entidade.

Correo interno

A documentación interna entre uns departamentos e outros pode vehiculizarse por medio deste servizo.

Correo electrónico

Ferramenta útil e instantánea para o envío de informacións de interese, da que, en todo caso, non debe abusarse para que a saturación de correos non impida ver as informacións de maior urxencia ou importancia.

A información importante debe explicarse no propio texto do correo, en lugar de engadila como documento anexo, xa que neste último caso pode dar problemas ó tentar descargalo ou simplemente, non facelo.

Comunicación telefónica interna

Megafonía

Permite emitir mensaxes cortas de carácter moi práctico, xeralmente con obxecto de facer pasar os doentes en espera ou de localizar algún membro do persoal.

Xuntanzas informativas

Xeralmente convocadas por un mando superior co obxectivo de debater e de informar os asistentes sobre algún asunto importante e que lles afecta. Para o seu óptimo desenvolvemento é preciso preparalas e estruturalas. Recoméndase evitar a *reunionitis*, ou abuso da convocatoria de xuntanzas sen un motivo claro.

Téñen que escollerse selectivamente os asistentes; ten que haber un director recoñecido da reunión; adecuar o nivel de información e da linguaxe (p.e. tecnicismos) aos asistentes; verificar a boa recepción da información transmitida; tense que ofrecer a todos os membros unha orde do día, a ser posible alomenos un día antes da reunión (De Marchis, Gil-Casares e Lanzas, 2007).

Entrevistas

Encontro e diálogo entre dúas persoas. Pode ser puntual ou periódica; a petición do empregado ou da dirección. Para incrementar a eficacia das entrevistas persoais, quen tome a iniciativa debe anunciar o asunto a tratar antes do encontro. Pode ser difícil de levar a cabo formalmente entre individuos que colaboran de maneira cotiá e en estruturas fortemente xerarquizadas, nas que os empregados poden sentir certo malestar (Piñuel e Gaitán, 1995).

Actividades de formación

Tales como Cursos, Seminarios, Xornadas, etc., que non só proporcionan coñecementos senón que ademais fomentan as relacións persoais e o sentido de equipo.

Segundo Piñuel e Gaitán (1995), formación e estratexias de comunicación interna deben participar da mesma visión da empresa e polo tanto vehicular o mesmo discurso (tal como que a empresa vai ter que ofrecer maiores servizos ou vai tender cara á unha maior competencia tecnolóxica). Por outra banda, os esforzos de formación están a miúdo precedidos ou acompañados de operacións de comunicación interna, a fin de explicar os seus motivos, de integralos nunha lóxica global e de sensibilizar o persoal concernedo.

Actos sociais e celebracións

Celebración de actos sociais e actividades lúdicas, polo xeral coincidindo con algunha data sinalada, que favorecen o encontro e as relacións persoais e o sentido de pertenza.

Rumores e encontros informais

Resultan da comunicación espontánea, das relacións e vínculos que se crean entre as persoas que traballan na mesma organización. Resulta conveniente que a comunicación interna favoreza a

socialización dos traballadores. A rumoroloxía pode combaterse cunha boa comunicación interna: transparente, veraz e que aporte confianza.

Outros: Videoconferencias, concursos, mensaxes a móbiles, blogs...

A Comunicación Interna está aberta, por unha banda, á imaxinación e iniciativa dos profesionais do gabinete de comunicación á hora de idear novas maneiras de chegar e de implicar os públicos internos e, pola outra, á optimización da interactividade que permiten as novas tecnoloxías.

Ambos factores poden facilitar a creación de canles e soportes de Comunicación Interna que se consideren axeitados no camiño cara ós obxectivos propostos no plan de comunicación.

3.2.3. TEORÍAS DA ORGANIZACIÓN E COMUNICACIÓN INTERNA

Segundo a maneira como se conciba a organización e os seus recursos humanos, a comunicación interna pode recibir máis ou menos importancia e pode aplicarse ou desenvolverse dun ou doutro modo. Se as persoas non son máis que pezas dentro da maquinaria de produción, o seu valor será escaso: unha peza estropeada cambiarase por outra; unha peza que non siga o ritmo da cadea de produción, substituirase por outra de similares características. E o resultado será o mesmo. Pero as organizacións non son cadeas de montaxe; as organizacións, notoriamente as de servizos, son as persoas que as compoñen.

A comunicación interna debe partir, por definición, da premisa de que os empregados da organización son colaboradores, interlocutores, participantes. E interlocutores e participantes de especial valía porque coñecen de primeira man como están funcionando as cousas e aquelas que poderían mellorar.

Trala revolución dos servizos (Costa, 1995), as persoas son ademais quen representan a actitude e a filosofía da organización diante da sociedade. Son a face da empresa ou institución. Nas organizacións de servizos, a imaxe externa é unha prolongación da imaxe interna. Os empregados convertéronse, polo tanto, na mellor maneira de proxectar imaxe no exterior, con garantía de credibilidade.

A investigación e teorización sobre a Comunicación Interna nas organizacións e de modo particular nas empresas non é un fenómeno recente. Dende os anos 40, a partires do desenvolvemento do enfoque humanista das organizacións, comeza a reflexionarse sobre a incidencia dos “factores sociais” no rendemento dos empregados. A partires de aí, iníciase unha serie de investigacións que

podríamos enmarcar nas áreas de clima organizacional, motivación dos traballadores e satisfacción laboral en relación coa comunicación interna, entre outras variables.

Mentres as teorías clásicas incidían na consideración da persoa como peza executora do proceso produtivo, írase evolucionando cara a sensibilización respecto da importancia de chegar a persoas motivadas e satisfeitas co seu traballo. Pasárase dunha motivación baseada en incentivos económicos (“home económico”) a unha motivación pensada para as necesidades da persoa e baseada, fundamentalmente, na comunicación interna.

Para coñecer como se foi evolucionando na concepción das organizacións e dos traballadores, debemos facer un repaso histórico das principais correntes de pensamento e da súa evolución. As teorías da organización poden agruparse en catro grandes enfoques: a teoría clásica, a teoría humanística, a teoría dos sistemas e a teoría continxente (Fernández Collado, 2001).

1. A primeira delas, a **Teoría Clásica**, desenvólvese dende a Revolución Industrial até principios do século XX. A Teoría Clásica está representada polos escritos de Taylor (*The Principles of Scientific Management*, 1911), Fayol (*General and Industrial Management*, 1929) e Max Weber (*Theory of Social and Economic Organizations*, 1947).

1.1. **Taylor: Organización Científica do Traballo.**

Lucas Marín (1997: 49) resume en tres principios básicos todas as normas do *taylorismo*, manifestadas nunhas técnicas moi concretas: 1. Separación absoluta entre a programación do traballo e a súa execución; 2. Medición do tempo obxectivamente necesario para desenvolver unha tarefa; 3. Determinación dun sistema de remuneracións que fomente acadar o rendemento considerado “normal”.

As suposicións de Taylor acerca da motivación dos traballadores sostiñan que estes só podían ser motivados con recompensas de tipo material. Defendía un modelo de comunicación organizacional moi liñal e descendente.

1.2. **Fayol: Teorías da Organización Formal.**

Son teorías próximas ás dos esquemas tayloristas, pero o foco de atención pasa da fabricación á administración.

Postulados de Henri Fayol	
a)	Unidade de dirección; refírese a que as funcións deben asignarse por departamentos e as súas operacións dirixidas por un só xerente.
b)	Cadena en escalafón; na organización debe existir unha escala gradual de superiores.
c)	Unidade de mando; un xerente nunca debe romper a escala de mando ó tratar cun subordinado, ignorando así ó seu superior.

Táboa nº 12. Postulados de Henri Fayol. Fonte: Inspirado en Fernández Collado, 2001.
Elaboración propia.

Os principios de Fayol implican estruturas piramidais con escalas xerárquicas moi diferenciadas (con funcións divididas) nas que a comunicación é controlada coidadosamente e segue a cadea de mando xerárquica.

1.3. Weber: Teoría da Burocracia

Weber, pola súa banda, sostén que cada “funcionario” dunha organización debe interactuar cos outros empregados da forma máis impersoal e formal posible. Isto terá como consecuencia un menor nivel de conflitos entre os traballadores.

En resumo, as características da Teoría Clásica da Organización son (Fernández Collado, 2001: 97):

- Favorecer estruturas piramidais nas organizacións altamente diferenciadas.
- Restrinxir a interacción entre os membros da organización.
- Establecer procesos de comunicación vertical (fluxo descendente da información).
- Proponer procesos centralizados de control/ decisión.
- Proliferación de regras e de regulamentos.
- Motivación dos empregados baseada no temor e na necesidade económica.

2. Por canto á Teoría ou **Enfoque humanístico** das organizacións, éste desenvolveuse a partires de mediados dos anos trinta e supuxo comezar a entender que había que contemplar a organización como unha colectividade de persoas que se rexían por unha serie de estruturas e de relacións formais e informais, incidindo así na perspectiva humana da organización.

“En la Escuela de Relaciones Humanas se intenta superar el reduccionismo economista y tecnista de las Teorías Clásicas con la consideración del sujeto productivo como ser social, *homo socialis*, incluso de persona que busca “realizarse” en las tareas que ejecuta” (Lucas Marín, 1997:53-54).

Os estudos de Hawthorne¹¹ –levados a cabo por Elton Mayo– son considerados como o inicio deste movemento.

Fernández Collado (2001) destaca tres teorías e tres autores que argumentaron sobre as relacións humanas na organización:

- Douglas McGregor (*The human side of Enterprise*, 1960), quen sosteña que abrindo as canles de comunicación entre os traballadores e a administración, poderían establecerse obxectivos compartidos, un maior compromiso no traballo e niveis máis altos de rendemento e satisfacción.
- Chris Argyris (*Personality and Organization*, 1957) que sostén que as organizacións coas súas definicións, estruturas e formalismos son unha limitante para o ser humano xa que se contraponen á súa madurez, autonomía, responsabilidade e desenvolvemento. Segundo Argyris, pode corrixirse esta situación fomentando a participación dos traballadores na toma de decisións, cunha dirección centrada no empregado e co enriquecemento do traballo, entre outras cousas.
- Rensis Likert (*New Patterns of Management*, 1961; *The Human Organization*, 1967), quen sinala que a administración se divide en catro sistemas: sistema 1 (explotador-autoritario), sistema 2 (benevolente-autoritario), sistema 3 (consultivo) e sistema 4 (participativo). Dende a perspectiva da comunicación pasar do sistema 1 ó 4, supón que hai maior comunicación e confianza entre o superior e o subordinado, que hai canles de comunicación abertas entre ambos, e que este último participa na toma de decisións da empresa¹².

Xurdido como reacción á escola *taylorista*, o enfoque humanístico da teoría organizacional pugna por (Fernández Collado: 2001: 99-100):

- A participación dos empregados de niveis baixos na toma de decisións da organización.
- O incremento da comunicación aberta e da confianza entre os elementos da organización.
- O fluxo libre da comunicación a través de varias canles.
- A integración dos obxectivos individuais e organizacionais.
- Un maior interese e preocupación cara ó desenvolvemento e autoactualización dos traballadores.

¹¹ Desenvolvéronse durante máis de cinco anos na planta da Western Electric Company de Hawthorne. “El resultado de los estudios de Hawthorne reveló que para comprender plenamente la naturaleza de las organizaciones, es necesario observarlas como colectividades sociales que contienen estructuras y relaciones formales e informales donde los niveles de ejecución son hasta cierto grado afectados por los sentimientos de satisfacción en el trabajo, así como por la moral de los obreros” (Fernández Collado, 2001: 97).

¹² No apartado adicado á Satisfacción e Motivación, explicáranse en maior profundidade estas e outras teorías ao respecto.

- Un estilo de liderazgo centrado no empregado e, en xeral, nos procesos amplos de interacción.

3. En terceiro lugar, a **Teoría dos Sistemas** considera a organización como un sistema composto por un conxunto de elementos interrelacionados entre si e, alomenos a nivel abstracto, con fronteiras identificables. Os autores desta corrente sosteñen que as organizacións presentan as seguintes características (Fernández Collado, 2001: 101):

- Están compostas de partes interdependentes que só se poden comprender se se abrangue o sistema na súa totalidade.
- Para sobrevivir intercambian “enerxía” co seu ambiente (importación-transformación-exportación, produtos, materiais informativos, etc.).
- Adquiren “entropía negativa” maximizando a súa taxa de importación respecto á exportación de enerxía, de maneira que posúan suficientes recursos para operar diariamente e ter reservas para os períodos de crise económica.
- Vense como sistemas en equilibrio dinámico (estado uniforme), co seu ambiente, en procesos de constante adaptación.
- Mantéñense en equilibrio co seu ambiente retroalimentándose del en forma positiva e negativa.
- Móvense cara á unha maior e non menor diferenciación (ou elaboración).
- Perseguen múltiples obxectivos ou propósitos e obteñen os mesmos resultados finais a partir de diferentes condicións iniciais, aínda que sigan rumbos distintos (principio de *equifinalidade*).

	1. Escola Clásica	2. Escola de Relacións Humanas	3. Escola Sistémica
1. Importancia da Comunicación	Relativamente pouco importante e bastante restrinxida á comunicación descendente dos directivos.	Relativamente importante pero principalmente limitada á comunicación entre iguais; algunha atención a comunicación das necesidades dos traballadores á dirección.	Moi importante, a comunicación é considerada como os cimentos que manteñen unidas as unidades nunha organización.
2. Propósito da comunicación	Transmitir ordes e información sobre tarefas laborais. Lograr obediencia e coordinación para levar a cabo o traballo.	Satisfacer as necesidades dos traballadores , para conseguir a interacción lateral entre iguais en grupos de traballo e para facilitar a participación dos membros na toma de decisións organizacional. Un alto grao de orientación receptora na comunicación por parte da dirección.	Controlar e coordinar, dar información aos que toman as decisións; axustar a organización aos cambios no seu entorno.

3. Dirección dos fluxos de comunicación	Cara abaixo (vertical) da dirección aos traballadores para persuadilos para seguir as instrucións.	Horizontal, entre iguais que pertencen a grupos de traballo informais; vertical, entre os traballadores e a dirección para valorar as necesidades dos traballadores para facer posible a participación na toma de decisións.	En todas as direccións do sistema, incluíndo cara abaixo e cara arriba a través dos niveis xerárquicos e a través dos límites da organización co entorno.
4. Principais problemas de comunicación	Rupturas en comunicación debidas a saltos de nivel xerárquico e unha extensión do control demasiado ampla.	Rumores, que son comunicados de maneira informal; unha estrutura de comunicación formal parcialmente inefectiva que é dese modo suplida pola comunicación informal.	Sobrecarga, distorsión e omisión; irresponsabilidade cara ao <i>feedback</i> negativo.

Táboa nº 13. Comparación da natureza da comunicación nas organizacións nas tres Escolas.

Fonte: Lucas Marín, 1999: 104.

4. En último lugar, atopamos a **Teoría Continxente**, na que destacan as investigacións de (Fernández Collado, 2001):

- Burns e Stalker (*The Management of Innovation*, 1961), quen coas súas investigacións sinalaron que a configuración do ambiente dunha organización afecta ó tipo de sistema de administración e comunicación axeitado para unha organización.
- Joan Woodward (*Industrial Organization: Theory and Practice*, 1965), quen indicou que a actitude e conduta eficaces dos membros dunha organización dependen moito da tecnoloxía nodal das organizacións; por exemplo, en relación coas variables da comunicación, descubriu que a cantidade de comunicación verbal é maior e máis elaborada nas tecnoloxías unitarias que nas tecnoloxías de produción masiva; porén, nestas última hai máis comunicación escrita que nos outros tipos de tecnoloxía.
- Lawrence e Lorsch (*Organization and Environment*, 1967) que sinalaron que canta máis incertidume exista no ambiente maior esforzo se require (en termos de tempo, persoal, procedementos, etc.) para lograr unha cantidade considerable de colaboración e comunicación real entre os departamentos e as persoas.

Neste repaso das investigacións e teorías sobre as organizacións, pode verse que a Comunicación Interna en relación co clima e a satisfacción laboral foron aspectos estudados dende anos atrás no marco empresarial. Xa na década dos anos corenta, segundo explica del Pozo Lite (1997) as empresas utilizaron boa parte dos seus recursos en proporcionarlles abondosa información ós traballadores acerca de todo o que puidera resultar significativo no ámbito da empresa: crecemento do negocio, posicionamento no mercado, situación financeira, etc.

“Proliferaron como principal vehículo de transmisión de información las publicaciones escritas en forma de revistas, manuales y boletines de noticias en los que también los trabajadores participaban” (Del Pozo Lite, 1997: 27).

Durante a década dos anos cincuenta, xurdiron diversos estudos de comunicación organizacional na Universidade de Pardue, centrados en recoller información sobre a actitude e sensibilidade dos traballadores cara á información. Dende esta mesma Universidade faranse, na década dos sesenta, estudos sobre os ambientes de comunicación dentro das organizacións, chegando a conclusións sobre as características do que os empregados cualificaban como “mellores supervisores”, entre as que estaban (Del Pozo Lite, 1997):

1. Os mellores “supervisores” (entendendo como tal o que así é concebido polos seus subordinados) tenden a estar orientados cara á comunicación; por exemplo, disfrutaban falando en voz alta nas xuntas; teñen facilidade para explicar as instrucións e as políticas; gústalles conversar cos seus subordinados.
2. Tenden a ser complacentes ó escoitar; responden comprensivamente ás “preguntas tontas” dos empregados; son fáciles de abordar; desexan escoitar suxestións e queixas con boa actitude para considerar as suxestións e queixas recibidas e co desexo de adoptar a acción apropiada.
3. Tenden a preguntar ou persuadir en vez de dicir ou mandar.
4. Son sensibles ós sentimentos e necesidades de autodefensa dos subordinados; por exemplo, prefiren coñecer as súas necesidades e coñecer as súas opinións e suxestións en privado e non en público.
5. Teñen unha actitude máis aberta cara á todo o que faga referencia á transmisión de información.

Durante a década dos 70's, proseguiron os estudos sobre climas de comunicación en organizacións complexas, centrados, especialmente, na comunicación entre o xefe e o subordinado. Afondouse, ademais, nos problemas da comunicación ascendente e nas características do traballo en grupo. Na década dos 80's, o estudo do clima de comunicación nas organizacións continuou sendo o punto central das investigacións.

Respecto da década dos 90's, Collado (2001) destaca as aportacións da **Teoría Crítica**, da **Teoría da narrativa posmoderna** e da **Teoría da administración baseada en equipos**, das que destacamos as seguintes aportacións:

-Teoría Crítica: Centran os seus estudos na centralidade do poder nas organizacións, onde o poder da comunicación está agochado tras metáforas, mitos e historias e é aceptado sen cuestionamento por parte dos traballadores.

-Teoría Posmoderna: As aportacións de Lyotard plantexan que a historia que unha cultura narra de si mesma lexitima o contacontos e o dereito que este ten de contalas. Os postulados de Jameson falan da narrativa pastiche que xorde cando as narrativas modernas se colapsan como resultado da análise crítica e son reempazadas por múltiples narrativas, que teñen as súas propias demandas de lexitimación do poder. As propostas de Baudrillard aportan a idea do simulacro: a conversión simultánea da realidade empírica e simbólica a signos baleiros que rivalizan pola representación, ben nun espazo de produtos ou de mercadorías, ben nun espazo de hiperrealidade.

- Teoría da administración baseada en equipos: Varios teóricos defenderon que a produtividade nas organizacións son o resultado da comunicación en todas as direccións: ascendente, descendente e horizontal. O éxito depende de que poidan traballar en equipo os empregados dunha empresa ou institución.

3.2.3.1. CONDICIONANTES E CONDICIONADOS DA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL INTERNA: CLIMA ORGANIZACIONAL, CULTURA CORPORATIVA, SATISFACCIÓN LABORAL E REPUTACIÓN INTERNA

A Comunicación Interna condiciona e, á súa vez, vese condicionada por unha serie de factores determinantes do *ambiente interno* e da persoa da institución, destacando:

- a) O Clima Organizacional;
- b) O Liderazgo;
- c) A Cultura Corporativa;
- d) A Satisfacción Laboral e Motivación dos traballadores;
- e) A Reputación Interna.

Todos estes elementos internos están imbricados entre si nunha malla invisible que constitúe o mundo interno da organización. A súa importancia está en estreita relación coa importancia do activo humano nas organizacións. Como vimos de ver, historicamente houbo distintas maneiras de considerar os empregados até chegar ao momento actual, no que debería recoñecérselles o seu poder como vontade activa, como parte do proxecto institucional e como embaixadores da organización.

As organizacións deben analizar e reflexionar sobre este conxunto de elementos que configuran a súa esencia interna. A política de Comunicación Interna non actúa en abstracto senón enmarcada no contexto interno da organización e influenciada por estes factores.

- **CLIMA ORGANIZACIONAL**

Comezaremos por achegármonos ó concepto de clima organizacional. É difícil precisar o momento exacto en que comeza a investigarse o clima organizacional. Adoita citarse como punto de referencia neste senso, a publicación da investigación de Halpin e Croft (1963) sobre o clima nas organizacións escolares. Neste estudo, os autores estableceron unha tipoloxía de climas en organizacións escolares en base ás percepcións do director e dos profesores dos patróns interactivos de conduta de ambas as dúas partes. Cada tipo de clima é visto como ideal, puro, que despois na realidade revestirá as características distintas de cada escola. Os autores identificaron (apud Silva, 1992):

- 1) Clima aberto. O director apoia, controla, motiva, estimula a participación e fai que os profesores se sintan satisfeitos e orgullosos da súa escola.
- 2) Clima autónomo. Implica que o director promove a liberdade e autonomía dos profesores, móstrase flexible inda que non tanto coma no clima aberto, establecendo normas e regras para facilitar a tarefa, con tendencia a satisfacer as necesidades sociais, estimula coa súa propia dedicación á tarefa. A moral dos profesores non é tan alta coma nun clima aberto.
- 3) Clima controlado. Implica presións ó logro por parte do director, inda a costa da satisfacción das necesidades sociais, establecendo os obxectivos de antemán, deixando pouco espazo para a participación e esixindo o cumprimento das súas disposicións. Pouca consideración e preocupación polas satisfaccións dos profesores, sendo o importante o logro, a costa do illamento social e de relacións impersoais.
- 4) Clima familiar. Implica un alto nivel de satisfacción das necesidades sociais e pouco ou ningún control e crítica das actividades da tarefa que levará a unha despreocupación alta. O director coidarase de non introducir cambios que non alteren esta situación de familia feliz. O rendemento será máis ben baixo.
- 5) Clima paternal. Implica un director que quere saber todo e entrométese en todo, inspeccionando e controlando. Mostrará consideración cos profesores cun ton paternalista sen que signifique un interese verdadeiro por satisfacer as necesidades sociais dos demais, senón as súas propias. Non se traballa a gusto en grupo e créanse divisións.
- 6) Clima pechado. Implica unha dirección ineficaz das tarefas, sen inventiva nin inxenio e mostrando arbitrariedade nas normas, un alto compoñente de reserva e impersonalidade das relacións. Produce falta de preocupación por parte dos profesores, pouca satisfacción e baixo rendemento. A inestabilidade laboral será ampla e tenderá a ser xustificada de distintas maneiras polo director.

En xeral, segundo distintos autores que abordaron o tema (Brunet, 1992; Silva, 1992; Mellado, 2005), hai tres enfoques dende os que se estudou e conceptuou o clima organizacional:

- **Enfoque Obxectivo ou Realista:** O clima é un atributo da organización independentemente das percepcións das persoas. Pode ser observado imparcialmente como algo que ten realidade propia e externa ó individuo, polo que a unidade de análise é, consecuentemente, a organización.

Concíbese o clima organizacional como un conxunto de características permanentes que representan unha organización, distínguena doutra e inflúen no comportamento das persoas que a forman. Cinco variables estruturais obxectivas serían as máis útiles para describir o clima de forma externa e non perceptual, que son: o tamaño da organización; a estrutura da mesma; a complexidade dos sistemas de comunicación; a pauta de liderazgo e as direccións de metas.

Este plantexamento recibe unha serie de críticas centradas no seguinte argumento: os integrantes dunha empresa vense afectados só de maneira indirecta polas propiedades obxectivas organizacionais xa que o que afecta directamente á conduta son os procesos perceptuais a través dos que os individuos axustan os seus comportamentos.

- **Enfoque Subxectivo ou Fenomenolóxico:** O clima é creado non polas prácticas, procedementos e eventos organizacionais, senón polas construcións sociais e a toma de sentido dos individuos.

Segundo os expoñentes desta corrente, a aprendizaxe anterior, as experiencias, emocións e predisposicións cognitivas dos individuos xogan un importante papel na configuración da súa interpretación do ambiente, de onde nunha mesma organización, poden derivarse diferentes tipos de clima.

- **Enfoque Estrutural-Subxectivo:** É un intento por superar as limitacións dos enfoques anteriores. Sostén que a creación e o mantemento do ambiente laboral prodúcese a través das interaccións que os individuos establecen en torno ás prácticas que os convocan no traballo.

Os estudosos da corrente estrutural-subxectiva poñen en evidencia a importancia do papel das compoñentes tanto estruturais como sociais da empresa na configuración do clima organizacional, baixo o convencemento de que o desempeño do traballador é gobernado non

só pola súa análise obxectiva da situación, senón tamén polas súas impresións subxectivas do clima no cal traballa.

Seguindo os expoñentes desta corrente, o suxeito percibirá as características obxectivas da organización, filtrarás de acordo ás súas actitudes e personalidade e elaborará o seu construto psicolóxico globalizado e persoalizado do clima laboral.

Ésta é a perspectiva que ten máis adeptos entre os estudosos do clima organizacional.

A xeración dun determinado clima, por tanto, nacería da interacción entre o externo e o individual, o obxectivo que pasa polo filtro do subxectivo. Algunhas definicións de clima organizacional son:

En opinión de Tagiuri e Litwin (1968), o clima é unha cualidade relativamente estable do ambiente interno dunha organización que é experimentada polos seus membros, inflúe no seu comportamento e pode ser descrita en termos dos valores dun conxunto particular de características (ou actitudes) da organización.

Segundo Brunet (1992), o clima organizacional é un fenómeno circular que determina a forma en que un individuo percibe o seu traballo, a súa produtividade, os seus pares, os seus xefes e a súa satisfacción.

Cuadrado (2006:155) defíneo como

“aquellas percepciones de los que integran una empresa, sobre los comportamientos organizativos que afectan a su rendimiento de trabajo; esto es, todos aquellos elementos relacionados con los procesos de gestión, ya sean formales o informales (soportados, por lo tanto, en la cultura de la compañía, en los procedimientos establecidos o en la interpretación y uso que de estos hagan los líderes de los equipos) que influyen positiva o negativamente en el rendimiento del trabajo y en el desarrollo empresarial”.

Segundo cremos, o clima vén a ser a percepción compartida que teñen os integrantes dunha organización dos procedementos e prácticas internos que caracterizan o funcionamento da organización e que repercute no rendemento individual e no desenvolvemento organizacional.

Pero, ¿cales son os aspectos que determinan a creación dun clima ou doutro?

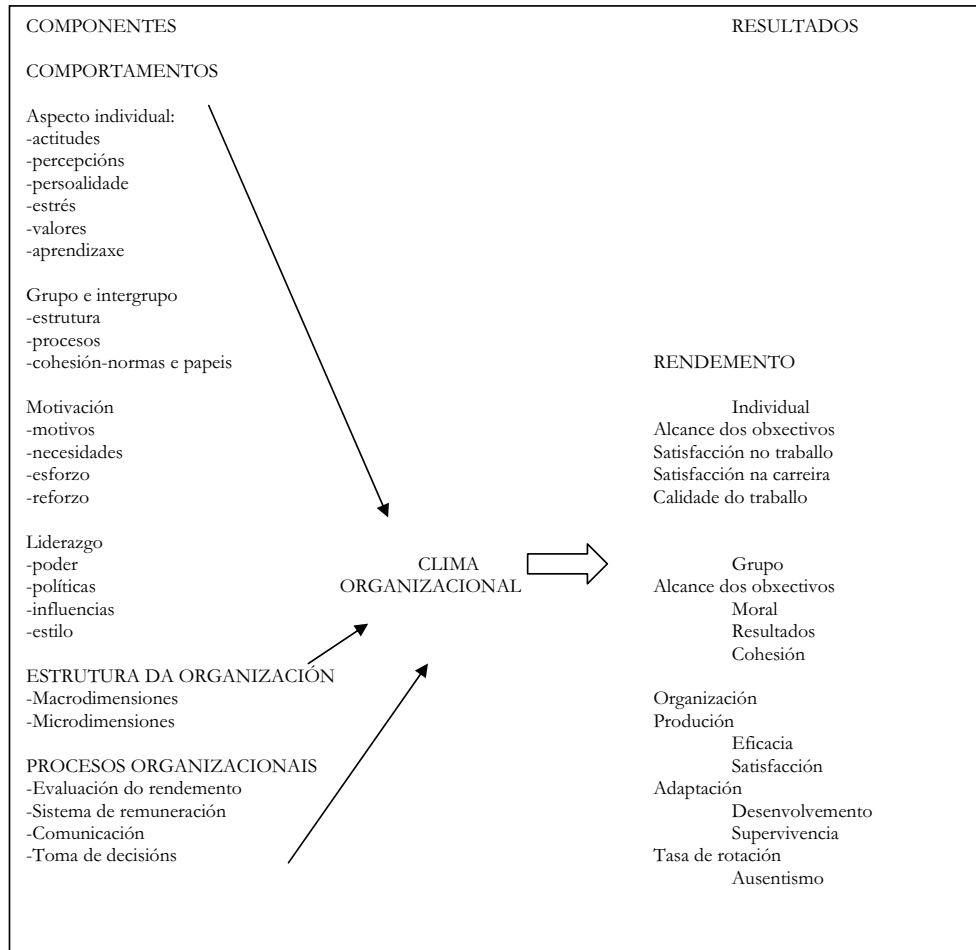
A pregunta non é de fácil resposta. Neste eido de estudo, non existe unanimidade nas variables que compoñen o clima organizacional, senón que os distintos autores que se achegaron a este campo foron aportando a súa proposta de elementos e de dimensións abrangidas polo concepto.

Moos (1979) entende o clima laboral coma un construto composto por tres dimensións fundamentais:

- Relacións: Dimensión que recolle, dunha banda, o grao de implicación e cohesión dos empregados e, da outra, o grao en que a dirección os apoia e anima.
- Autorrealización: Baséase na medida en que se estimula ós empregados a ser autosuficientes, así como na organización e presión existente no traballo.
- Estabilidade ou cambio: Claridade das regras e planes de traballo, grao en que a organización emprega as regras e presións como forma de control, innovación e comodidade do entorno laboral.

Brunet (1992) sintetiza a diversidade e complexidade dos factores que implica o concepto “clima organizacional” nos seguintes:

DIMENSIÓNS E MEDIDA DO CLIMA ORGANIZACIONAL



Esquema nº 11. Dimensións e medida do clima organizacional.
 Fonte: Brunet, 1992: 40. Elaboración propia.

Polo tanto, estaríamos ante un concepto multidimensional, que considera factores individuais, grupais e organizacionais para tentar explicar resultados tamén multiniveis (aos mesmos tres niveis), destacando, a satisfacción, a cohesión, a eficacia da organización ou as taxas de rotación e ausentismo laboral.

Para Likert (1965), existen oito dimensións a través das que se pode medir o clima, entre as que inclúe as características dos procesos de comunicación:

- Os métodos de mando. A forma en que se emprega o liderazgo para influir sobre os empregados.

- As características das forzas motivacionais. Os procedementos que se instrumentan para motivar os empregados e responder as súas necesidades.
- As características dos procesos de comunicación. A natureza dos tipos de comunicación así como a maneira de exercelos.
- As características dos procesos de influencia. A importancia da interacción superior-subordinado para establecer os obxectivos da organización.
- As características dos procesos de toma de decisións. A pertinencia das informacións en que se basean as decisións así como o reparto de funcións.
- As características dos procesos de planificación. A forma en que se establece o sistema de fixación de obxectivos ou de directrices.
- As características dos procesos de control. O exercicio e a distribución do control entre as instancias organizacionais.
- Os obxectivos de rendemento e de perfeccionamento. A planificación así como a formación desexada.

En base a este conxunto de aspectos, Likert (1965) establece unha tipoloxía de climas organizacionais:

Climas de tipo Autoritario

Sistema I – Autoritarismo explotador

- A dirección non ten confianza nos seus empregados.
- As decisións tómanse na cima da organización e se distribúen nunha función puramente descendente.
- Os empregados teñen que traballar dentro dunha atmósfera de medo, de castigos, de ameazas, ocasionalmente de recompensas e a satisfacción das necesidades permanece nos niveis psicolóxicos e de seguridade.
- A comunicación sómentes existe en forma de directrices e de instrucións específicas.

Sistema II – Autoritarismo paternalista

- A dirección ten unha confianza condescendente cos seus empregados, como un amo co seu servo.
- A meirande parte das decisións tómanse na cima aínda que algunhas tómanse nos escalóns inferiores.
- As recompensas e os castigos son os métodos de motivación dos empregados.
- A dirección xoga moito coas necesidades sociais dos seus empregados, que teñen, porén, a impresión de que traballan dentro dun sistema estable e estruturado.

Climas de tipo Participativo

Sistema III – Consultivo

- A dirección confía nos seus empregados.
- A política e as decisións tómanse xeralmente na cima, pero se lles permite aos subordinados que tomen decisións máis específicas nos niveis inferiores.
- Comunicación de tipo descendente.
- Os aspectos importantes dos procesos de control deléganse de arriba cara abaixo cun sentimento de responsabilidade nos niveis superiores e inferiores.

Sistema IV – Participación en grupo

- A dirección ten plena confianza nos seus empregados.
- Os procesos de toma de decisións están diseminados por toda a organización e integrados a cada uno dos niveis.
- A comunicación non se fai só de forma ascendente ou descendente, senón tamén de forma lateral.
- Existe unha relación de amizade e de confianza entre os superiores e os subordinados.
- Todos os empregados e todo o persoal de dirección forman un equipo para acadar os fins e os obxectivos da organización que se establecen baixo a forma de planificación estratéxica.

Segundo a concepción do autor sobre as dimensións que abrangue o concepto de clima, as ferramentas para medilo serán asimesmo diferentes. Campbell e al. (1970) identificaron catro dimensións comúns, que son:

1. O nivel de autonomía individual que viven os autores dentro do sistema.
2. O grao de estrutura e obrigas impostas aos membros dunha organización polo seu posto.
3. O tipo de recompensa ou de remuneración que a empresa outorga aos seus empregados.
4. A consideración, o agradecemento e o apoio que un empregado recibe dos seus superiores.

Ademais, á hora de medir o clima organizacional, dada a complexidade do concepto, pode optarse por medidas de clima holístico, ou medidas de clima específico. Exemplos de climas específicos serían o clima motivacional, o clima comunicativo, o clima de creatividade, etcétera.

Cabe destacar o papel xerador do clima mediante as interaccións entre os membros dun espazo con potencial comunicativo e construtivo. O clima prodúcese pola interacción das persoas nun contexto. Polo tanto, o clima é posibilitador da emerxencia de determinados tipos de interaccións facilitadoras do desenvolvemento grupal e organizacional (Silva, 1992), de onde a súa importancia.

Esta concepción do clima como un estilo de grupo que produce unha imaxe, xerado polos propios membros pero que os transcende, é coherente coa consideración da actividade humana dentro

dunha complexa rede de interaccións, ás que non son alleos factores ambientais (internos e externos), temporais, estruturais e procesuais.

- **O LIDERAZGO**

O tipo de liderazgo que se establece nunha organización está estreitamente vinculado co clima organizacional existente, así como co tipo de cultura corporativa compartida polos membros da organización e co nivel de motivación e de satisfacción dos traballadores. Asimesmo, o liderazgo determina un estilo de comunicación predominante. A relación entre liderazgo e comunicación interna resulta evidente: O tipo ou estilo de liderazgo determinará a riqueza, a importancia e o aproveitamento das vantaxes da comunicación interna e ésta reforzará a unión e o liderazgo.

O liderazgo tense estudado dende moitos enfoques (Pérez Gorostegui, 2006a: 26-27):

- Como proceso de incidencia social que se exerce a través da comunicación, sobre as condutas dos individuos que constitúen un grupo de traballo e que teñen os seus propios subobxectivos organizativos que satisfacer.
- Como un elemento vinculado á motivación. O grao en que o líder se fai obedecer depende, segundo esta perspectiva, da forza motivacional que para os subordinados ten a conduta desexada polo líder.
- Como propiedade persoal, é dicir, como conxunto de rasgos (cómo é o líder) e de condutas (cómo se comporta o líder) de quen realizan un liderazgo considerado eficaz por conseguir influír na conduta dos seguidores. Segundo se considere que cada un deses conxuntos son permanentes (teoría da persoalidade) ou que os rasgos ou condutas necesarias varían coas situacións (teoría situacional), aparecen as aproximacións universalista en rasgos, universalista en conduta, continxente en rasgos e continxente en conduta.

Expoñemos sinteticamente as principais teorías e investigacións sobre o liderazgo e os aspectos que o fundamentan, que podemos sintetizar nos seguintes enfoques:

Tese principal	Explicación	Autores
O liderazgo como risco da persoa	O Líder nace. Posúe unha serie de cualidades (intelixencia, seguridade en si mesmo, extroversión, empatía) que lle permiten ser líder.	Gibb (1969); Robbins (1979)
O liderazgo como conduta	O Líder é aquel que se comporta como tal.	Universidade de Ohio (Hemphill, Fleishman, Stodgill, Shartle, Pepinsky); Universidade de Michigan (Likert, Katz, McCoby, Kahn, Seashore); Blake e Mouton
Aproximación humanista	É posible harmonizar os intereses da organización coa realidade persoal do individuo	D. McGregor
O liderazgo en función das características das situacións	A) Tres dimensións condicionan o estilo de dirección: Relación entre o líder e os membros; Estrutura da tarefa; Poder do posto B) Teoría dos camiños de meta: a conduta do líder está dirixida a guiar os subordinados; dar recompensas necesarias para a súa satisfacción e facilitar a consecución de metas. C) Modelo de liderazgo participativo: Proponen qué debe facer o líder á hora de tomar decisións.	Fiedler Evans e House Victor Vroom-e Philip Yetton

Táboa nº 14. Teorías sobre o Liderazgo. Fonte: Baseado en Palomo Vadillo, 2001.
Elaboración propia.

O liderazgo é definido como

“un proceso dinámico e interactivo por razón del cual se ejerce influencia sobre pensamientos, emociones, conductas, ideas, afectos, liberando energía y talento que se moviliza al servicio de un determinado objetivo o proyecto común” (Álvarez de Mon, 2004: 69).

O proceso de consecución desa influencia é, inevitablemente, un proceso de comunicación, que coordina e mobiliza as forzas internas cara a un obxectivo compartido.

O tipo ou estilo de liderazgo está relacionado co concepto de “dirección” e implica unha determinada dinámica na toma de decisións. A grandes trazos, os estilos de liderazgo polarízanse en dous tipos (Nosnik, 2005):

- Autocrático ou autoritario: Os líderes autocráticos toman as decisións sen consultar os seus subordinados, tenden a ser dogmáticos e orientados a asignación de tarefas, e esperan de forma absoluta que os seus subordinados acaten o seu mando.
- Democrático ou participativo: Os líderes democráticos fan que os seus subordinados participen na toma de decisións. Antes de tomar unha decisión, solicitan opinións e ideas do grupo; tenden a ser máis abertos, facilitan a cooperación e apoian os membros do grupo máis que os autocráticos.

Unha categoría á marxe sería o estilo *laissez-faire*, segundo o cal os líderes dan moi pouca orientación ou ningunha os seus subordinados limitándose a deixar que eles decidan por si mesmos (Pérez Gorostegui, 2006a).

Por suposto, cada un dos estilos ten unha serie de repercusións no modo de “comunicarse” entre o líder e os subordinados e no modo de concebir a comunicación para o desenvolvemento organizacional. Mentres que para o líder autoritario, a comunicación cos subordinados interesa pouco xa que a toma de decisións non ten presente as opinións alleas, para o estilo democrático ou participativo, a comunicación devén unha ferramenta indispensable para:

- a. Transmitir mensaxes ou sinais acerca da dirección xeral da empresa e os obxectivos que dese rumbo institucional derivan
- b. O establecemento dos obxectivos do equipo con base na capacidade crítica e de análise do mesmo e así definir obxectivos de área cos que todos os membros do equipo de sintan identificados
- c. Presentar a definición dos obxectivos de cada colaborador en coordinación cos obxectivos de equipo
- d. Monitorear o bo desenvolvemento de responsabilidades e tarefas non somentes a o final do ciclo laboral senón durante o mesmo, posibilitando a cada membro a corrección e mellora do seu desempeño
- e. Avaliar os propios obxectivos e o desempeño de toda a organización. O estilo participativo reflicte unha cultura que valora e usa a comunicación como procedemento básico de soporte no logro dos seus obxectivos, metas e misión.

A comunicación está necesariamente presente en cada unha das modalidades de actividades que debe desenvolver un directivo ou un mando intermedio (De Miguel, 2000: 11-13):

- De relación con outras persoas. Aquí entrarían:

1. Representación. Como representante da empresa, o mando recibe a visitantes, asiste a actos sociais, felicita os compañeiros polo cumpreanos, asina documentos sociais, etc.
2. Líder. Dirixe e motiva, formando, aconsellando e comunicándose cos subordinados.
3. Coordinador. Mantén conexións informativas tanto co interior como co exterior.

- Informativa.

1. Monitor. Recibe información e análises relacionados tanto con sucesos internos como externos. Para iso, examina publicacións e informes e mantén contactos persoais.
2. Difusor. Transmisión de información a outras persoas da empresa.
3. Voceiro. Fala en nome da empresa e transmite información ó exterior.

- Relacionadas coa toma de decisións.

1. Emprendedor. En tanto que impulsa o cambio.
2. Axente para a solución de problemas. Resolve conflitos, toma decisións cando se presentan crises.
3. Distribuidor de recursos. Programa, aproba o orzamento e fixa prioridades.
4. Negociador. Negocia convenios cos sindicatos, vende, merca, estuda os orzamentos cos responsables dos outros departamentos, etc.

A política de comunicación interna que se estableza será un indicador do estilo de liderazgo que se desenvolve nunha determinada organización e dito estilo, á súa vez, partirá dunha determinada concepción e utilización da comunicación interna.

- **A CULTURA CORPORATIVA**

Durante moito tempo, os termos “clima” e “cultura” empregáronse a modo de sinónimos e inda hoxe segue sen estar clara a relación que existe entre ambos. Para Silva (1992), existen varias cuestións que habería que responder: a) a prioridade do clima ou da cultura; b) cal dos dous conceptos é máis comprensivo e c) a cultura é un construto que fai innecesario o clima.

“Cultura organizacional” e “cultural corporativa” non son expresións sinónimas. O concepto de “cultura organizacional” é máis amplo e foi abordando dende diferentes perspectivas, unha delas, a que a considera unha variable interna das organizacións sería a de “cultura corporativa” (Smircich, 1993):

- Dirección transcultural: Estúdanse como varían as variables organizacionais en distintos países. A cultura é unha variable independente que se identifica co país. As organizacións serían manifestacións de sistemas culturais máis amplos.
- Cultura corporativa: Estúdase a cultura como unha variable interna das organizacións en relación con outras variables: liderazgo, estrutura, tecnoloxía, sistemas de recompensa, etc. A maioría da literatura científica sobre o tema fala dunha única “cultura organizacional”, cando en realidade existen diversas “subculturas” organizacionais¹³.
- Cognición organizacional: A cultura non é un atributo da organización, senón que a cultura é a organización. Os investigadores están interesados en buscar as guías que dirixen a acción ou a estrutura do coñecemento.
- Perspectiva simbólica: Concíbese a cultura como un sistema de símbolos e de significados compartidos. O foco de atención está en como as persoas entenden e interpretan a súa experiencia laboral e como isto se relaciona coa súa maneira de actuar.
- Perspectiva estrutural e psicodinámica: A cultura é a expresión de procesos psicolóxicos inconscientes. Os investigadores precisarían penetrar baixo o nivel da superficie de aparencia e experimentar para destapar as fundacións obxectivas dos arreglos sociais.

O listado de definicións sobre “cultura corporativa” é numeroso. Vexamos cales son as características definitorias que apuntan distintos autores:

En palabras de Villafañe (1993: 144), a cultura corporativa sería

“el inconsciente colectivo de la organización, que se manifiesta explícitamente mediante un conjunto de comportamientos, algunos de los cuales se convierten en valores corporativos hasta el punto de constituir una auténtica ideología corporativa. La cultura es, en este sentido, el proceso de construcción social de la identidad de la organización, es decir, de la asunción de significados”.

Un dos autores que máis ten estudado a cultura organizacional, Edgar K. Schein (1988: 25-26), explicaba

“llamaré cultura a un modelo de presunciones básicas –inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo dado al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna– que hayan ejercido la suficiente influencia como para ser consideradas válidas y, en consecuencia, ser enseñadas a los nuevos miembros como el modo correcto de percibir, pensar y sentir esos problemas”.

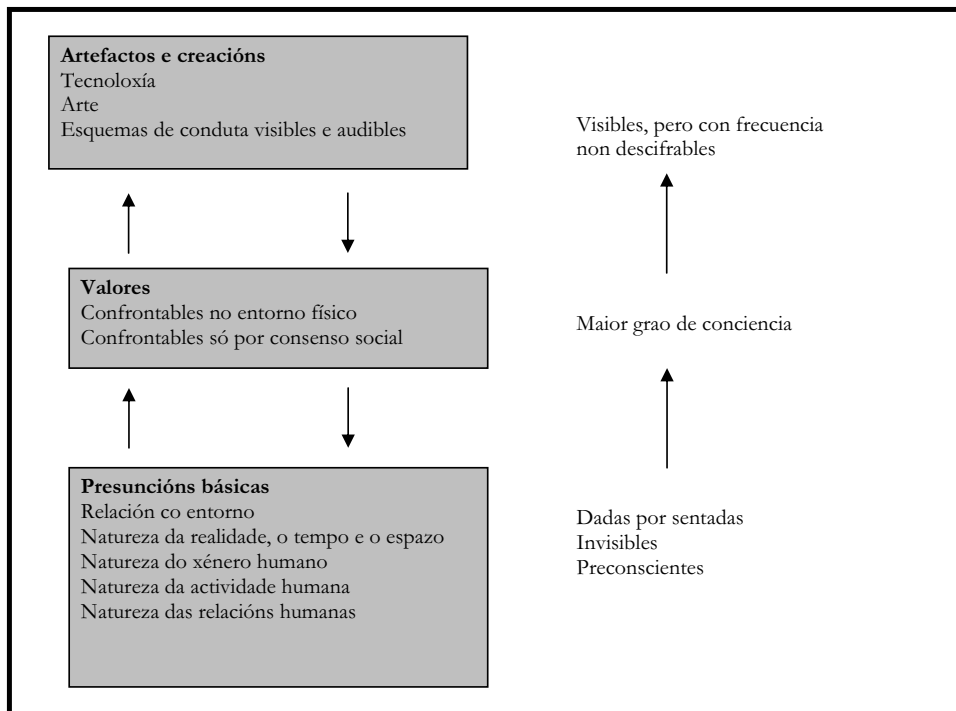
Schein (1988) distingue tres niveis dentro da cultura corporativa:

¹³ Ésta sería a perspectiva dende a que nos achegamos á “cultura organizacional” no presente traballo.

Nivel 1. Producións. É o nivel máis visible da cultura. Inclúe o espazo físico, capacidade tecnolóxica, linguaxe escrito e falado, producións artísticas e conduta expresa dos seus membros.

Nivel 2. Valores. Os valores que se integran na ideoloxía ou filosofía dunha empresa poden servir de guía ou recurso que permita actuar ante a incertidume de eventos intrinsecamente incontrolables ou difíciles. Cando se analizan os valores, hai que distinguir aqueles que son congruentes coas presuncións subxacentes e aqueles que son racionalizacións ou aspiracións para o futuro.

Nivel 3. Presuncións subxacentes básicas. Son as presuncións implícitas que realmente orientan a conduta e ensínanlles aos membros do grupo a maneira de percibir, pensar e sentir as cousas.



Esquema nº 12. Niveis da cultura e a súa interacción. Fonte: Schein, 1988: 30.
Elaboración propia.

Para Robbins (2004: 525), a cultura corporativa é un

“sistema de de significados compartidos por los miembros de una organización que la distinguen de otras”

Robbins (2004) explica que as sete características básicas que, no seu conxunto, captan a esencia da cultura dunha organización serían:

1. Capacidade de innovación e/ou de correr riscos. Grao en que se anima os empregados para que sexan innovadores e/ou asuman riscos.
2. Minuciosidade. Grao en que se agarda que os empregados amosen exactitude, capacidade de análise e atención aos detalles.
3. Orientación aos resultados. Grao en que a xerencia se centra nos resultados máis que nos procedementos para conseguilos.
4. Orientación ás persoas. Grao en que as decisións da xerencia toman en conta o efecto dos resultados nos integrantes da organización.
5. Orientación aos equipos. Grao en que as actividades laborais se organizan en equipos máis que individualmente.
6. Agresividade. Grao en que as persoas son ousadas e competitivas, antes que despreocupadas.
7. Estabilidade. Grao en que as actividades da organización manteñen o estado das cousas, en vez de medrar.

En palabras de Elías e Mascaray (1998):

“La cultura organizacional es un sistema de creencias y valores compartidos que interactúan de diversas formas en una organización. Constituye las reglas de juego no escritas, a menudo inconscientes, que colman las lagunas que existen entre lo que está oficialmente decretado y lo que sucede en la realidad. Es, en suma, una fuerza invisible que guía el comportamiento de las personas en la organización” (Elías, Mascaray, 1998: 74).

Para Nosnik (2005: 48) , a cultura, tal e como se manifesta nas organizacións, é un conxunto de crenzas, valores, estilos, principios e hábitos que identifican o perfil normativo e ético da mesma.

Boada y Grau et al. (2007) consideran que a cultura que define unha organización constitúe un conxunto de patróns de actitudes e expectativas que comparten os empregados. Así pois, o seu obxecto é compartir patróns de conduta, cohesionar, motivar, conducir: unir forzas cara a un fin común (Costa, 1995).

De todas estas definicións de cultura corporativa, podemos deducir unha serie de aspectos que a caracterizan:

1. A cultura ten repercusións nas relacións externas da organización (permite acadar metas e chegar a resultados) ao tempo que facilita a integración interna, isto é, permite a creación dunha identidade colectiva e reforza o sentimento de unión e pertenza ao grupo.

2. A cultura non implica comportamentos ou patróns tácitos, senón modos de percibir, pensar e sentir (forte carga simbólica e inconsciente).
3. É aprendida e permite manexar situacións de incertidume (problemas) porque axuda a interpretar os acontecementos dende os postulados compartidos e aprendidos.
4. É compartida polas persoas da organización, que a medida que se suman ao seu proxecto, pasan por un proceso inconsciente de asimilación.
5. É diferente en cada organización. Non hai dúas culturas iguais.

Villafañe (1993) recorre a Harrison (1972) e distingue varios tipos de cultura corporativa, en función de catro criterios clasificadores:

1. A ideoloxía da organización.
2. O desenvolvemento empresarial.
3. A dinámica da cultura.
4. A relación co entorno.

1. En función da ideoloxía da organización, podemos falar de:

a) Cultura do poder, que presenta os seguintes *atributos culturais de carácter xeral*:

- Estrutura de tea de araña.
- Cultura típica de pequenas empresas de produción, empresas comerciais máis grandes, compañías financeiras.
- Cultura dependente dunha fonte central de poder moi forte. Canto máis preto do centro se está, máis poder e influencia se ten.
- O control exerceuse tamén dende o centro, principalmente a través dunha rede de “individuos chave”.
- As decisións tómanse a partir dun equilibrio na influencia.
- As organizacións con esa cultura son orgullosas e fortes.
- Actúan con rapidez e reaccionan eficazmente.
- O seu modelo de traballo é a “unidade”.

Polas *formas de pensamento e aprendizaxe*, nesta cultura os seus membros pensan de forma distinta; tómanse decisións rápidas que se executan tamén rapidamente; son frecuentes as “titorías”; é unha cultura de protexidos, de príncipes coronados (de clube privado).

En canto ó modo de obter *Influencia e poder*, é a cultura do carisma, onde os cambios se producen cando cambian as persoas. Os individuos son eslabóns, que cando non funcionan substitúense. O éxito depende máis de “a quen se coñece” que de “qué se sabe facer”. É unha cultura de “personalidades” e “poder” baseada no recoñecemento. O organigrama ten escasa influencia.

Respecto da *motivación e incentivos* dos empregados, o diñeiro é básico: simboliza o éxito e os resultados. As persoas son acaparadas coma o diñeiro, fórmanse redes. A incertidume é valorada como liberdade de manobra. O incentivo son os cartos ou a “mirada”, de pouco serven os nomeamentos.

b) Cultura da función, cos seguintes *atributos xerais*:

- Estrutura de templo grego.
- Cultura estereotipada, como o é a burocracia.
- Os seus valores determinantes son a lóxica e a racionalidade.
- Operativamente susténtase sobre a solidez dos seus piares, as súas funcións ou especialidades, coordinadas no cumio por xestores senior (o frontispicio).
- A descrición exacta e a función do traballo é máis importante que a persoa que a executa.
- A posición na estrutura é o que dá o poder. Non resulta ben admitido o poder persoal, e só relativamente o da experiencia.
- Nesta cultura, é fácil predicir o futuro profesional e a seguridade. Non ofrece demasiado risco.
- Útil nas empresas onde as economías de escala teñen un papel importante.
- O seu modelo de traballo é o fluxo e a copia.

As súas *formas de pensamento e aprendizaxe* caracterízanse por: mentalidade analítica; crenza nun mundo formalmente científico; a capacidade é a expresión da intelixencia converxente; aprendizaxe aditivo (numerosos cursos) e énfase na planificación, organización e control.

Por canto a como se consegue a *influencia e o poder*, éste dáo a posición e non o carisma; explícanse os dereitos e as responsabilidades; faise énfase no organigrama. Os cambios nas estruturas ou os sistemas esixen cambios nas funcións ou as normas respectivamente.

No referente ó xeito de *motivar e incentivar*, os contratos son precisos e delimitados. Valórase a seguridade. O incremento de autoridade ou o estatus é o maior incentivo na medida en que se recoñece a autoridade formal da función.

c) Cultura da tarefa, cos seguintes *atributos culturais*:

- A súa estrutura é unha rede.
- Baséase no proxecto ou no traballo concreto.
- Algúns dos cabos da rede son máis grosos e fortes.
- O poder e a influencia residen nos nós. Só se recoñece a experiencia como fonte de poder.

- Típica das estruturas matriciais.
- O poder homoxeneizador do grupo é o instrumento para conseguir a eficacia individual. É unha cultura de equipo, moi adaptable e flexible. Créanse grupos *ad hoc* que se disolven cando a súa función foi satisfeita.
- Cultura útil para organizacións con produtos de corta vida.

As *formas de pensamento e aprendizaxe* desta cultura pasan pola resolución de problemas a partir da mestura do pensamento vertical e horizontal; o equipo como fórmula de resolución de problemas e aprendizaxe; aléntase a autoformación e a mobilidade. Maior adicación a tarefas particulares que a funcións xerais.

No que respecta ao *poder*, trátase dunha cultura de profesionalidade (diálogo e discusión), onde o ideal é un equipo heteroxéneo de talentos, cohesionado por ese espírito de equipo. Para cambiar é preciso, redefinir o problema central, a tarefa. Gáñase influencia a través do debate racional.

Para a *motivación*, apréciase a variedade e a promoción profesionais. Respóndese á remuneración por resultados.

d) Cultura da persoa, cunha serie de atributos, que son:

- A súa estrutura é unha constelación.
- Típica de bufetes profesionais e empresas de consultoría.
- O individuo é o centro de todo.
- Carecen case de estrutura.

En canto ás *formas de pensamento e aprendizaxe*, faise unha escasa planificación do futuro e baséase nunha formación discontinua (anos sabáticos, segundas carreiras, etc).

No tocante ó exercizo de *influencia e de poder*, son individuos pouco influenciábles ao carecer de cultura de organización. Pouco controlábles asimesmo, séntense seguros porque tenden a ser imprescindibles. O cambio é só contractual. Establécese unha relación individual (un a un) entre o líder e os seus colaboradores.

No referente á *motivación*, o máximo valor é a liberdade individual e a súa expresión máis xenuína o tempo libre. As relacións coas empresas adoitan ser endebles.

2. En función do desenvolvemento empresarial

Dito criterio fai referencia ás etapas de desenvolvemento dunha empresa, de aí que fale de: Enfoque primario; enfoque racional; enfoque evolutivo e enfoque metafísico.

O enfoque primario, propio da etapa fundacional dunha empresa, enfatiza a importancia dos valores compartidos, que ofrecen un sentido da dirección común a todos os membros da organización e orientan, ademais, os comportamentos cotiáns no seo da mesma. Para que ditos valores compartidos sexan eficaces en termos de xestión resulta necesario que teñan un significado inequívoco, que sexan compartidos por todos e que sexan continuamente matizados pola dirección.

O enfoque racional é propio de empresas que acadaron un notable grao de desenvolvemento que esixe unha xestión máis controlada, unhas estruturas organizativas estables e unha estratexia. A empresa consolidouse, establécese a especialización por funcións e tómanse decisións independentes en cada ámbito da empresa. Establécese a rede xerárquica e as aptitudes intelectuais, as estruturas da organización e os conceptos de estratexia substitúen a iniciativa primaria. Na cultura racional os valores compartidos non son percibidos con facilidade, senón que sedimentaron e non son visibles.

No enfoque evolutivo, a evolución caracterízase por: a) un desenvolvemento continuo organizado en fases; b) cunha estrutura propia de cada fase; c) suxeito a desenvolvementos cada vez máis complexos; d) irreversible. Entre as características da cultura evolutiva, destacan as sinerxias, as alianzas e consensos informais, a harmonía no conxunto da organización, o equilibrio entre o desenvolvemento persoal e o empresarial ou a xestión evolutiva, na que os procesos se volven máis importantes que as estruturas, a arquitectura empresarial substitúe a organización formal, proliferan os círculos de calidade e a estratexia competitiva dá paso á cooperativa.

Xa na etapa metafísica, prevalece o espírito da empresa cuxo management se caracteriza por diferenciar funcionalmente e integrar organizativamente.

3. O terceiro destes criterios é a dinámica da cultura

1. Cultura forte/ feble. Unha cultura é forte en función de:
 - a) A cantidade dos contidos compartidos, para o cal existe a posibilidade de elaborar un repertorio de valores da organización que axude a cuantificar a fortaleza da cultura.
 - b) O nivel de arraigo deses mesmos valores compartidos.
 - c) A capacidade de orientar procedementos e rituais aos integrantes da organización e aos doutras organizacións relacionadas con ela (clientes, provedores, contribuíntes, etc.).
2. Cultura concentrada/ fragmentada. Unha cultura é concentrada en función de:
 - a) A cantidade de grupos ou compoñentes da organización que comparten a cultura.
 - b) O grao de centralización ou descentralización da súa xestión.

Explica Villafañe que unha cultura fragmentada produce subculturas, as que, cando a organización é feble, poden xogar un papel negativo dentro da organización porque provocan unha perda de identidade e cohesión da mesma. Pola contra, se a cultura é forte a organización gaña en diversidade e enriquecese.

3. Cultura con tendencia ao peche/ á apertura. Tendencia que, basicamente, depende do grao de permeabilidade aos cambios do entorno (ideas, tecnoloxías, etc.).
4. Cultura autónoma/ reflexa. En función do grao de singularidade ou imitación dos seus rasgos e pautas culturais. As empresas líderes caracterízanse por culturas moi autónomas e orixinais que son mimetizadas por outras culturas máis reflexas do seu entorno.

4. O cuarto criterio é a relación co entorno

Cando unha cultura favorece a apertura ao entorno, a organización recibe novas influencias e adoita ser máis propensa ao cambio e, consecuentemente, á innovación. En función da relación co entorno, podemos distinguir:

1. Mentalidade narcisista (aillamento do entorno + disciplina):

- Aillacionista.
- Defensa do *status quo*.
- Valores de supervivencia.
- Rexeitamento da acusación.

-Búsqueda da inmutabilidade.

2. Mentalidade tribal (entre a apertura e o illamento do entorno + disciplina):

- Orde interna.
- Respecto á xerarquía.
- Conformismo.
- Pirámide profesional.
- Xestión puritana.

3. Mentalidade exploratoria (apertura ó entorno + disciplina)

- Agresividade.
- Competitividade.
- Vontade persoal.
- Iniciativa e autonomía.
- Relacións.

4. Mentalidade amplificadora (apertura e innovación/ cambio)

- Máxima importancia do proxecto de empresa.
- Management* diferenciador.
- Innovación.
- Búsqueda dunha solución global ós problemas.
- Espírito de aventura.

Un dos criterios máis destacados á hora de cualificar os distintos tipos de cultura corporativa é o da súa capacidade para o cambio. Carrión Maroto (2007) clasifica as culturas das organizacións (e a intelixencia cultural¹⁴), en función de dúas variables:

- A capacidade para entender a realidade que as rodea, a capacidade de ver obxectivamente o mundo e as súas tendencias, así como a de se coñecer a si mesmas.
- A capacidade de cambio interno existente na organización.

¹⁴ Carrión (2007) fala das *intelixencias* que debe desenvolver unha organización (centrándose sobre todo na empresa) para ter éxito: intelixencia existencial, competitiva, estratéxica, idealista (liderazgo), configurativa, humanista, relacional, tecnolóxica e cultural.

		Capacidade de coñecerse e de entender a realidade	
		NON	SI
Capacidade para o cambio interno	NON	Culturas durmidas	Culturas acomodadas
	SI	Culturas afortunadas	Culturas activas

Esquema nº 13. Tipos de culturas organizacionais en función de dúas variables: a capacidade de entender a realidade e de realizar un cambio interno. Fonte: Carrión, 2007: 167.

De onde:

Culturas durmidas (non ven, non cambian): Organizacións prepotentes, pechadas sobre si mesmas, cargadas de prexuízos...

Culturas acomodadas (ven, pero non poden cambiar): Para cambiar, deben entrar nun procedemento planificado de cambio cultural.

Culturas afortunadas (non ven, pero cambian): Teñen capacidades para o cambio interno, pero non son capaces de entender o mundo; ao non ser capaces de entender o seu entorno, non sempre son capaces de dirixir o cambio intelixentemente.

Culturas activas: Facilitan o aprendizaxe, o cambio, a innovación... Capaces de adaptarse a un entorno cambiante.

Pero, ¿cales son as funcións da cultura corporativa? A súa importancia fai que sexa considerada un elemento determinante no logro dos obxectivos das organizacións ou no seu fracaso:

“se puede afirmar que la diferencia entre las empresas exitosas y las empresas mediocres está en elementos intangibles como la cultura y los valores empresariales” (Boada y Grau, 2007: 21).

Para Villafañe (1993), tres son as funcións de carácter xeral que satisfai a cultura nunha organización:

- 1) Adaptación, pois favorece o consenso respecto da misión da empresa, o que orientará o comportamento individual e colectivo;
- 2) Cohesión, pois favorece o sentido de pertenza ó grupo; e
- 3) Implicación, situación de coherencia e compatibilidade entre o sistema de valores da empresa e do individuo.

Robbins (2004) enuncia as seguintes funcións da cultura corporativa:

1. Define as lindes: establece distincións entre unha organización e outras.
2. Transmite unha sensación de identidade aos integrantes.
3. Facilita a aceptación dun compromiso que supera os intereses persoais.
4. Aumenta a estabilidade do sistema social. Mantén unida a organización ao darlle os criterios apropiados sobre o que os empregados deben dicir e facer.
5. Crea sentido e permite o control, orienta e dá forma ás actitudes e comportamentos dos empregados.

En opinión de Costa (1995), a cultura corporativa é vector de:

- Identidade, estilo, personalidade da empresa. A cultura reforza e desenvolve a identidade e readáptaa retroactivamente.
- Integración interna: consciencia corporativa, espírito de cooperación.
- Conduta ética, inspirada dende dentro e aplicada no comportamento global da empresa. Empatía co cliente e coa sociedade.
- Credibilidade/Confianza, baseada nos feitos reais máis que nas declaracións e as promesas.
- Profesionalidade, rigor e responsabilidade, perfeccionamento das competencias de cada un.
- Calidade do servizo, no que se suman a profesionalidade, a conduta ética, o trato persoal e a atención rápida e eficiente.
- Calidade intrínseca do produto ou servizo: adaptación ás necesidades e expectativas do cliente.
- Calidade da Comunicación: a meirande parte de tratados sobre calidade falan de produtos, materiais, posventa, costes da calidade, pero falan menos da calidade da comunicación, sendo esta un modo tan fundamental de acción.

A cultura corporativa desempeña, asimesmo, unha importante función adaptativa. A cultura pode favorecer o cambio (a adaptación ó entorno da organización) ou ser contraria a el, co que a supervivencia será moito máis difícil.

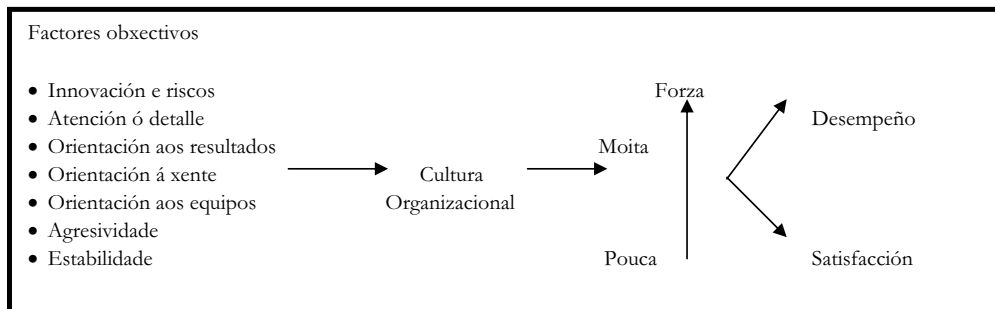
Polo seu carácter de “compartida”, a asimilación da cultura corporativa supón un proceso de aprendizaxe para os empregados que se suman ó proxecto da organización. O procedemento de “socialización” é aquel que adapta os empregados recién chegados á cultura da organización.

Este procedemento constaría de tres etapas (Robbins, 2004):

- Etapa previa á chegada: Período de aprendizaxe que se produce antes de que o individuo se una á organización.

- Etapa de encontro: Etapa na que un empregado novo coñece a organización e confronta a posibilidade de que as súas expectativas e a realidade difiran.
- Etapa de metamorfose: Etapa na que o empregado novo cambia e se axusta ao posto, ao grupo de traballo e á organización.

Cando a metamorfose ten lugar, isto é, cando a socialización do novo empregado tivo éxito, o empregado síntese a gusto coa organización e co seu traballo. Asimilou, comprendeu e aceptou as normas da organización e do seu grupo. Entende o sistema, non só as súas tarefas, senón as regras, procedementos e prácticas informais aceptadas. Por último, sabe como será avaliado, con qué criterios se vai medir e valorar o seu traballo. Unha metamorfose exitosa devén nun empregado máis comprometido e máis satisfeito co seu traballo.



Esquema nº 14. Incidencia da cultura no desempeño e satisfacción. Fonte: Robbins, 2004: 545. Elaboración propia.

Na actualidade, as empresas –especialmente as de servizos- adoitan apostar por unha cultura orientada ó cliente, que presentan, polo xeral, as seguintes características (Robbins, 2004):

1. Os empregados son amables e sociables.
2. Pouca formalización. Estes empregados teñen liberdade para satisfacer os cambiantes requisitos do servizo, o que se fai difícil con regras e procedementos ríxidos.
3. Facultamento xeralizado. Os empregados facultados poden tomar decisións para satisfacer os clientes.
4. Capacidade de escoita.
5. Claridade das funcións.
6. Os empregados exhiben un comportamento cidadán organizacional. Están dispostos a tomar a iniciativa, mesmo se non é parte das súas responsabilidades, con tal de satisfacer as necesidades do cliente.

A comunicación interna é o vehículo mediante o que se crea, se difunde ou se renova a cultura corporativa. A cultura é transmitida e sen comunicación non pode haber cultura (Costa, 1992).

- **SATISFACCIÓN LABORAL E MOTIVACIÓN DOS TRABALLADORES.**

A satisfacción é considerada como unha actitude (Brief e Robertson, 1989) ou un subconxunto particular de actitudes (McCormick e Ilgen, 1985) mediante a/as que os membros dunha organización se posicionan sobre o que lles agrada ou non asociado co seu traballo.

Existe unha relación directa entre os empregados satisfeitos e, se traballan en postos de servizo, clientes satisfeitos.

“En las organizaciones de servicio, la retención y abandono de los clientes dependen en buena medida de la manera en que los tratan los empleados. Es más probable que si los empleados están satisfechos sean más corteses, animados y sensibles, lo cual es apreciado por los clientes. Y como los empleados satisfechos rotan menos, es más probable que los clientes encuentren rostros familiares y reciban un servicio con experiencia. Estas cualidades favorecen la satisfacción y lealtad de los clientes” (Robbins, 2004: 83).

A satisfacción laboral ten efectos positivos sobre o comportamento laboral na organización e inflúe sobre distintas formas de conduta: nivel de execución, rendemento, rotación no traballo, absentismo, etc.

A satisfacción laboral deriva da diverxencia entre o que un empregado obtén do seu traballo e o que esperaba conseguir, canto maior sexa esta diferenza maior será tamén a súa insatisfacción laboral.

En liñas xerais, as variables determinantes da satisfacción laboral están relacionadas cos seguintes aspectos (Sánchez-Anguita, 2006: 66-67):

- Características do posto de traballo: Tarefas, funcións, sistemas de retribución, tipos de colaboradores e estilos directivos.
- Resultados: Os resultados conseguidos poden ser positivos, negativos, de importancia extrínseca e de valor intrínseco.
- Necesidades: O traballador pretende satisfacer unhas necesidades e segundo o grao de satisfacción acadado ou o número de necesidades satisfeitas así será a súa satisfacción laboral. Son moitas as variables investigadas que determinan a satisfacción laboral dos empregados:
 - Variables do posto de traballo: Autonomía, seguridade, retribución, ambiente, promoción, diversidade e variedade de tarefas e de formación.

Variables persoais: responsabilidade, competencia, formación, nivel de aspiracións, aptitudes, actitudes, idade, sexo, situación familiar e nivel cultural.

Robbins (2004) identifica catro factores que fomentan a satisfacción dos empregados:

- Traballo mentalmente estimulante. As persoas prefiren traballos que lles permitan aplicar as súas destrezas e capacidades e lles ofrezan tarefas variadas, liberdade e retroalimentación sobre o seu desempeño.
- Remuneracións equitativas: Os empregados queren sistemas de pago e de ascenso que lles parezan xustos, claros e que respondan ás súas expectativas.
- Condicións laborais de apoio. Referidas a instalacións adecuadas, equipos e ferramentas axeitadas, etc.
- Compañeiros que os respalden. O comportamento dos compañeiros e do xefe resultan tamén un determinante importante da satisfacción.

O grao de satisfacción laboral á súa vez condiciona o nivel de motivación do empregado. Un empregado satisfeito é un empregado motivado e a motivación é un mecanismo para conseguir a satisfacción dos traballadores. Satisfacción e motivación son dúas dimensións subxectivas altamente relacionadas.

Robbins (2004) define a motivación como os

“procesos que dan cuenta de la intensidad, dirección y persistencia del esfuerzo de un individuo por conseguir una meta” (Robbins, 2004: 155).

As primeiras teorías sobre a motivación das persoas datan dos anos 50. Unha delas é a *Teoría da xerarquía das necesidades* de Maslow¹⁵, quen estableceu que o ser humano tiña cinco tipos de necesidades:

1. Fisiolóxicas. Fame, sede e necesidades de carácter orgánico.
2. De seguridade. Defensa e protección de danos físicos e emocionais.
3. Sociais. Afecto, sensación de pertenza a un grupo, aceptación e amizade.
4. De estima. Factores internos de estima, coma o respecto por un mesmo, autonomía e realizacións, así como factores externos como posicionamento, recoñecemento e atención.
5. Autorrealización. Pulo por converterse no que un é capaz de ser. Crecemento, desenvolvemento do potencial de apoio e autorrealización.

¹⁵ A. H. Maslow (1908-1970), autor destacado da escola behaviorista, explicou os fundamentos da súa teoría na obra *Motivation and Personality* (1954).

Todas elas constitúen unha pirámide, que vai das máis básicas e concretas – as necesidades fisiolóxicas – ás máis elevadas e abstractas – as necesidades de autorrealización – de modo que, a medida que o ser humano vai satisfacendo un nivel de necesidades, o seguinte nivel é o imperante.

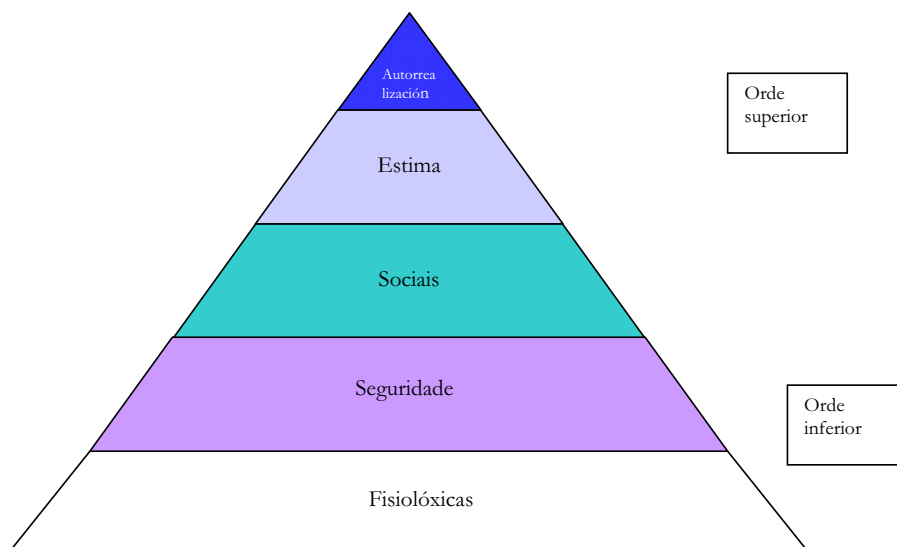


Figura nº 2. Pirámide das necesidades de Maslow. Elaboración propia.

De acordo con Maslow, para motivar a unha persoa hai que comprender en que parte da xerarquía se atopa e centrarse en satisfacer as necesidades dese nivel ou dos niveis superiores.

Maslow definiu as necesidades en dúas ordes distintas: as de orde inferior serían as fisiolóxicas e de seguridade; as de orde superior serían as sociais, de estima e de autorrealización.

Outra teoría vinculada coas motivacións é a de Douglas McGregor¹⁶: Teoría X e Teoría Y. Despois de observar a maneira en que os xerentes tratan os seus subordinados, McGregor conclúe que a opinión destes sobre a natureza humana baséase nun conxunto de premisas de dous tipos.

Segundo a Teoría X, as premisas das que parten os xerentes son:

- a. Aos empregados, non lles gusta o traballo e sempre que poden, tratan de evitalo.
- b. Por iso, hai que obrigalos, controlalos ou ameazalos con castigos para conseguir metas.
- c. Os empregados evitarán as responsabilidades e pedirán instrucións formais sempre que poidan.

¹⁶ Douglas McGregor (1906-1964), destacado investigador da escola humanista, autor de *The human side of enterprise* (1960).

- d. Os empregados colocan a seguridade antes que os demais factores do traballo e exhibirán poucas ambicións.

Como contraste, están as premisas da teoría Y:

1. Os empregados consideran o traballo algo tan natural como descansar ou xogar.
2. As persoas son dirixidas e controladas se están comprometidas cos obxectivos.
3. A persoa común pode aprender a aceptar e mesmo a solicitar responsabilidades.
4. A capacidade de tomar decisións innovadoras está moi difundida entre a poboación e non é propiedade exclusiva dos postos administrativos.

McGregor sostiña que as premisas da Teoría Y eran máis válidas que as da Teoría X. Polo tanto propoñía ideas como a toma participativa de decisións, postos de traballo de responsabilidade estimulantes e boas relacións nos grupos, como medios para incrementar a motivación laboral dos empregados.

Unha das teorías que máis influíu na área da satisfacción laboral é a formulada por Herzberg (1959)¹⁷, denominada Teoría dos dous factores, Teoría bifactorial ou Teoría de motivación e hixiene. O autor realizou un estudo no que lles pediu ós participantes que detallaran situacións nas que se sentiran excepcionalmente ben ou mal co seu posto de traballo. Despois, clasificou as respostas.

Herzberg defende a existencia de dous grupos ou clases de aspectos laborais: un grupo de factores extrínsecos e outro de factores intrínsecos.

Os primeiros están referidos ás condicións de traballo no sentido máis amplo, tales como o salario, as políticas de empresa, o entorno físico, a seguridade no traballo, etc. Segundo o modelo bifactorial estes factores extrínsecos só poden prever a insatisfacción laboral ou evitala cando ésta exista pero non poden determinar a satisfacción xa que ésta estaría determinada polos factores intrínsecos, que serían aqueles que son consubstanciais ó traballo; contido do mesmo, responsabilidade, logro, etc.

O modelo plantexado por Herzberg sinala que a satisfacción laboral só pode vir xerada polos factores intrínsecos (aos que Herzberg chamou "factores motivadores") mentres que a insatisfacción laboral sería xerada polos factores extrínsecos (aos que Herzberg denominou "factores hixiénicos").

Segundo explica Robbins (2004), entre as críticas que recibe a teoría de Herzberg están:

¹⁷ Herzberg, H. (1923-2000) expuxo os seus postulados en *The motivation to work* (1959).

1. O procedemento está limitado pola metodoloxía. Cando as cousas saen ben, as persoas atribúense os méritos. Cando saen mal, bótanlle a culpa ó entorno.
2. Os participantes no estudo tiveron que facer interpretacións
3. Non se empregou ningunha medida xeral de satisfacción. E posible que a unha persoa non lle guste parte do seu traballo pero que de todos modos o considere aceptable.
4. A teoría pasa por alto as variables situacionais.
5. Herzberg presume unha relación entre satisfacción e produtividade, pero a súa metodoloxía centrouse na satisfacción e non na produtividade.

De seguido, expoñemos as teorías da motivación que Robbins (2004) clasifica como “contemporáneas”, non porque foran concibidas recentemente, senón porque representan a explicación moderna da motivación dos empregados:

Teoría ERC

Proposta por Clayton Alderfer (da Universidade de Yale), unha vez revisada a teoría das necesidades de Maslow. Alderfer sostén que hai tres grupos de necesidades básicas: existencia, relación e crecemento (ERC). As de existencia comprenden as que Maslow chamaba fisiolóxicas e de seguridade, é dicir, son os requisitos materiais de subsistencia. As necesidades de relación representan o noso desexo de manter vínculos persoais importantes. Por último, as de crecemento representan o desexo interior do desenvolvemento persoal.

Nesta teoría, a diferenza da de Maslow, sinálase que é posible que estean en activo dúas ou máis necesidades ao mesmo tempo e que se se reprime a gratificación das necesidades superiores, acentúase o desexo de satisfacer as inferiores.

Teoría das necesidades de McClelland

Dita teoría sinala a existencia de tres necesidades: necesidade de logro, necesidade de poder e de afiliación. A primeira consiste no impulso por sobresaír, por loitar para ter éxito. A segunda, expón a necesidade de facer que os demais actúen como non o terían feito doutro modo. A terceira é o desexo de ter relacións amizosas e próximas.

Teoría da avaliación cognoscitiva

Esta teoría afirma que cando as organizacións recorren a remuneracións extrínsecas –salario elevado, ascensos...- para recompensar o desempeño superior, as remuneracións intrínsecas – tales como, logros, responsabilidade e competencia- redúcense.

Inda que na actualidade se reconece a interdependencia entre as remuneracións extrínsecas e intrínsecas, esta teoría tamén recibiu numerosas críticas, en base a:

1. Moitos dos estudos que puxeron a proba esta teoría foron efectuados con estudantes, non con empregados pagados nunha organización, o que non representa a situación laboral característica.
2. Nos extremos, a teoría non se sostén. Se existe unha motivación intrínseca moi forte, os efectos das remuneracións extrínsecas non resultan tan prexudiciais. Se, pola contra, o traballo é moi tedioso, as remuneracións extrínsecas contribúen á motivación do traballador.

Teoría da fixación de metas

Segundo Locke, as intencións de traballar por unha meta son un importante factor de motivación. As metas específicas incrementan o desempeño, e as difíciles, cando se aceptan, implican un desempeño superior ás fáciles. Ademais, as persoas desenvólvense mellor cando existe retroalimentación en canto ó seu avance cara ás metas. Inda que non existe consenso sobre se a motivación é maior en metas “participadas” ou en metas asignadas polo xefe, o certo é que, a participación incrementa a probabilidade de establecer e obedecer acordos se se trata de metas difíciles.

Teoría do fluxo e da motivación intrínseca

Os investigadores da motivación denominan “fluxo” a un estado de concentración tal, que fai que se olviden o resto das cousas. As tarefas que estimulan o “fluxo” son, polo xeral, estimulantes e esixían o empeño das facultades propias. Resulta sorprendente que o fluxo non se asocia co tempo de ocio e que é máis probable que aconteza no traballo que na casa.

O modelo de motivación intrínseca de Thomas pretende comprender mellor o fluxo. O modelo de Thomas postula que a motivación intrínseca se consegue cando as persoas experimentan

sentimentos de liberdade de decisión, competencia, sentido e progreso, elementos que define do seguinte xeito:

- Liberdade de decisión: Capacidade de elixir as actividades das tarefas que parezan significativas e realízasas da maneira que se considere apropiada.
- Competencia: Sensación de logro, que se experimenta ó desempeñar as tarefas que un escolleu.
- Sentido: Oportunidade de perseguir un obxectivo valioso das tarefas, un obxectivo que importe no contexto xeral das cousas.
- Progreso: Sensación de que se adianta na consecución da finalidade das tarefas.

Thomas cita numerosos estudos nos que se amosa que estas catro compoñentes gardan unha relación significativa co incremento da satisfacción laboral e o desempeño. Porén, foron estudos feitos con empregados profesionais e administrativos. Non está claro se estas catro compoñentes prognostican a motivación intrínseca dos empregados de base e de produción. En base a estas compoñentes é como se consegue, segundo Thomas, chegar a unha experiencia de fluxo.

Teoría da equidade

Esta teoría subliña a importancia do trato equitativo ou igualitario no traballo. Segundo esta teoría, o empregado fai catro tipos de comparacións:

1. *Eu interior*. As experiencias do empregado con outro posto dentro da organización actual.
2. *Eu exterior*. As experiencias do empregado con outro posto fóra da organización actual.
3. *Outro interior*. Outro ou outros individuos dentro da organización do empregado.
4. *Outro exterior*. Outro ou outros individuos fóra da organización do empregado.

De acordo con esta teoría, cando os empregados perciben unha desigualdade decantaránse por unha destas seis opcións:

1. Cambiar as súas aportacións (esforzarse menos, p. ex.).
2. Cambiar os seus resultados (producir máis, pero de menos calidade).
3. Distorsionar as percepcións do eu (“traballo moito máis que o resto”).
4. Distorsionar as percepcións dos outros (“o traballo do outro non é tan atractivo como pensaba”).
5. Escoller outro referente (“non gaño tanto coma o meu cuñado, pero gaño máis que o meu pai cando tiña a miña idade”).

6. Abandonar o terreo (renunciar).

Teoría das expectativas

Esta teoría, formulada por Víctor Vroom, establece que un individuo sentirase motivado para facer un grande esforzo se cre que con isto obterá unha boa avaliación do desempeño. A teoría enfócase a tres relacións:

1. Relación de esforzo e desempeño. Probabilidade percibida de que exercer certo esforzo conducirá ó desempeño.
2. Relación de desempeño e recompensa. Grao en que o individuo cre que desenvolverse a certo nivel traeralle o resultado desexado.
3. Relación de recompensa e metas persoais. Grao en que as recompensas da organización satisfai as necesidades ou metas persoais do individuo, así como o atractivo que teñan para el.

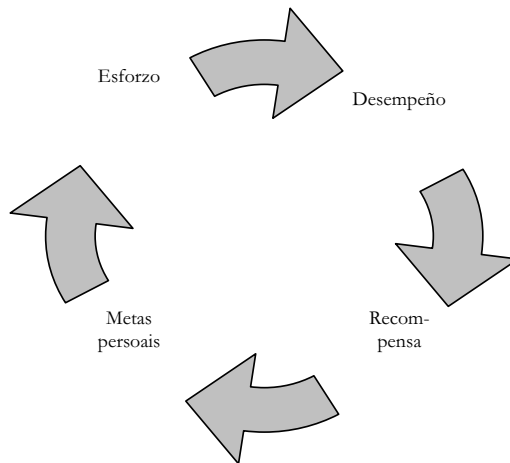


Figura nº 3. Teoría das expectativas. Elaboración propia.

Segundo Robbins (2004), como poucas persoas detectan unha correlación elevada entre o desempeño e as recompensas do traballo, a teoría tende a ser idealista.

Estas teorías son orientativas e apuntan elementos de interese para conseguir motivar os empregados, pero é a Comunicación Interna, a ferramenta que permitirá crear un clima de

confianza que permita coñecer as necesidades, desexos e motivacións dos empregados de cara a satisfacelas.

A Comunicación Interna pode traballar para conseguir incrementar a motivación dos empregados, servindo de vehículo a unha serie de elementos determinantes para a satisfacción e a motivación (de Marchis, Gil Casares, Lanzas, 2007):

- Claridade dos obxectivos. As persoas, para estar motivadas, precisan ter uns obxectivos claros.
- Claridade das funcións. Os empregados deberían coñecer qué se espera deles; debería comunicárselles o estándar de tarefas necesarias.

Tanto a claridade dos obxectivos como a claridade das funcións aplicanse por exemplo nos *Programas de Administración por Obxectivos (APO)*, nos que os obxectivos xerais das organizacións se transforman – se desmigallan- en obxectivos específicos para as súas unidades e integrantes. Os programas APO funcionan en sentido descendente –porque fixan as metas de arriba abaixo- pero tamén en sentido ascendente dado que os traballadores participan na fixación desas metas.

Os catro denominadores comúns dos programas *APO* son (Robbins, 2004): a) especificidade das metas; b) toma participativa de decisións; c) prazo explícito e d) retroalimentación sobre o desempeño.

A *Administración por Obxectivos* aplica a *Teoría da fixación de metas*, cunha diferenza: A teoría da fixación de metas amosa que as metas “asignadas” polo superior funcionan igualmente ben que as “participadas”.

- Recoñecemento. Dentro dos factores motivadores apuntados por Herzberg figura o recoñecemento. Ademais, as necesidades de afecto e de recoñecemento social están ligadas á satisfacción no traballo.

Os *Programas de Recoñecemento dos Empregados* teñen en conta ditas necesidades e adoptan múltiples fórmulas na súa posta en práctica. Un destes mecanismos é o sistema de suxestións: os empregados aportan suxestións sobre a mellora da organización e son premiados con recompensas.

- Seguridade psicolóxica. É importante o apoio ós empregados en situacións difíciles.
- Xustiza percibida. Os empregados deben percibir que a organización tenta, sinceramente, de ser xusta.
- Apoio. Os empregados deberan ter autoridade para tomar as súas propias decisións e recibir o apoio dos seus superiores inmediatos.
- Significación laboral. É preciso que o empregado coñeza cal é o significado do seu traballo, por qué é importante e qué lle aporta á empresa e á sociedade.
- Expresión persoal. Anímase a que os empregados se sintan en liberdade de expresar a súa personalidade.
- Contribución. O empregado debe percibir que o seu esforzo marca a diferenza.
- Desafío. O traballo debe verse como unha fonte de estimulación positiva.

A Comunicación Interna pode ser unha ferramenta moi útil para lograr a motivación dos empregados porque crea as redes internas de comunicación en todas as direccións e en todos os sentidos, permitindo:

- Transmitir apoio, confianza e seguridade.
- Crear un sentimento de pertenza que una e reafirme a identidade corporativa. Formar un equipo con subequipos.
- Suxerir, idear e poñer en práctica melloras para o funcionamento da institución.
- Poñer en marcha programas específicos de motivación.

Así, ademais dos **Programas de Administración por obxectivos** e dos de **Recoñecemento dos Empregados**, outros mecanismos que se poden empregar para favorecer a motivación dos traballadores son (Robbins, 2004):

1. Programas de participación dos empregados:

1.1. Administración Participativa: Os empregados comparten unha medida significativa do poder decidir cos seus superiores inmediatos.

1.2. Participación Representativa: Os traballadores son representados por un grupo de empregados que son quen participan na toma de decisións.

1.3. Círculos de calidade, conxunto de empregados que comparten unha responsabilidade orientada á mellora do funcionamento da organización. Identifican problemas, recomendan solucións e, finalmente, é a xerencia quen decide se se aplican ou non ditas recomendacións.

1.4. Planes de propiedade de accións para os empregados. Aplicable ó ámbito empresarial.

2. Programas de pago variable. En vez de pagar por antigüidade unha parte do soldo baséase nunha medida individual ou organizacional do desempeño.

3. Planes de pago baseados nas capacidades. Fixa os niveis de pago de acordo segundo as capacidades que posúen os empregados ou cantas tarefas saben realizar. Estimula os empregados para que adquiran unha maior cantidade de destrezas.

4. A flexibilidade nas prestacións é outro mecanismo para motivar e satisfacer as distintas necesidades dos traballadores dunha organización, polo que poden ofrecerse paquetes de prestacións diferenciadas para clientes (os internos) con situacións e necesidades diversas.

• A REPUTACIÓN INTERNA

A existencia dun clima organizacional que favoreza a Comunicación Interna – e viceversa –, a fortaleza da cultura corporativa e a satisfacción dos empregados co seu traballo contribúen a que a organización sexa vista con bos ollos dende dentro, dende o punto de vista daquelas persoas que a representan no exterior, o dos seus traballadores.

A reputación interna constitúe a imaxe que os traballadores dunha organización teñen dese organismo no que traballan. En palabras de Villafañe (2005: 25),

“Si la reputación corporativa es el reconocimiento que los stakeholders de una empresa hacen del comportamiento corporativo de ésta, la reputación interna es, simple y llanamente, el reconocimiento por parte de los empleados de la empresa de ese mismo comportamiento”.

Para Villafañe (2005), a calidade laboral non é o factor que máis peso ten na reputación interna dunha organización. A condición esencial é que os valores da empresa e as súas formas de actuar sexan harmónicas, de maneira que a dimensión axiolóxica e a estratéxica coincidan.

Dimensión axiolóxica	Dimensión estratéxica
Cultura Corporativa	Proxecto Empresarial
Valores éticos	Principios de autorregulación
Ideoloxía corporativa	Política de recursos humanos
Valores profesionais	Orientacións estratéxicas

Táboa nº 15. Coincidencia entre a dimensión axiolóxica e a estratéxica.
Fonte: Villafañe, 2005: 27. Elaboración propia.

Segundo o estudo de Villafañe (2005), as variables canónicas da reputación interna dunha organización serían as seguintes:

1. *Relación cos mandos inmediatos.*
2. *Calidade laboral e condicións de traballo.*
3. *Reputación da alta dirección.*
4. *Valores éticos e profesionais.*
5. *Imaxe exterior da empresa.*
6. *Identificación co proxecto empresarial.*

Cada unha destas variables principais pode ser medida a través dunha serie de variables secundarias, que segundo Villafañe (2005), serían:

1. Boa relación co xefe inmediato.

Integridade e coherencia entre o que di e o que fai.
Capacidade de transmitir confianza, seguridade e apoio ó equipo.
Manter motivado o seu equipo.
Comportamento ético: honrado, que non oculte información...
Capacidade de diálogo: que razoe e escoite o seu equipo.
Fomentar o traballo en equipo e as boas relacións.
Confiar e delegar responsabilidade nos membros do equipo.
Habilidade e capacidade de organización.

2. Calidade laboral.

Recoñecemento dos logros e esforzos.
Posibilidade de desenvolvemento e promoción profesional.
Retribución coherente coas funcións e responsabilidades.

- Compromiso dos empregados co proxecto empresarial.
- Flexibilidade horaria para compaxinar a vida laboral e familiar.
- Plantexamento de obxectivos que non resulten inalcanzables.
- Coñecemento exacto das funcións e responsabilidades.
- Funcións do desempeño axustadas á capacidade de cada un.
- Medios materiais e humanos para un bo desempeño.
- Certo grao de autonomía para tomar decisións no traballo.
- Beneficios empresariais reflectidos na distribución.
- Beneficios sociais: seguro médico, garderías...
- Existencia de rotación de postos e diversidade de funcións.

3. Cualidades máis admiradas nun alto directivo.

- Posuír visión de futuro e capacidade de innovación.
- Identificar e aproveitar as posibilidades de negocio.
- Transmitir unha imaxe axeitada da empresa ao exterior.
- Observar un comportamento exemplar para a organización.
- Posuír unha traxectoria profesional meritória.
- Ter un amplo coñecemento do sector.
- Seguir o desenvolvemento e cumprimento do proxecto empresarial.
- Mostrarse accesible e próximo.
- Representar os valores, principios e visión da empresa.

4. Os valores corporativos máis admirados.

- Honradez cos clientes.
- Transparencia na información destinada aos empregados.
- Eficacia, seriedade e calidade da xestión empresarial.
- Respecto ao medio ambiente.
- Compromiso coa sociedade: contribución ao desenvolvemento.
- Apoio a boas causas.
- Legalidade: cumprir en todo momento a lei.
- Bo goberno corporativo.
- Innovación.

5. Claves da imaxe positiva dunha empresa.

- Posuír unha oferta de produtos e servizos de calidade.
- Ter unha rendibilidade crecente controlando os riscos do negocio.
- Ofrecer unha boa relación calidade-prezo.
- Ser unha empresa innovadora, que marque tendencias.

Ter unha dimensión importante, igual que o seu crecemento e expansión.
Ter boa imaxe entre os seus clientes e na sociedade en xeral.
Posuír presenza social mediante o patrocinio de cultura e deporte.
Realizar actuacións en temas sociais e da comunidade.

6. Identificación co proxecto empresarial.

Comunicación do proxecto empresarial aos empregados.
Prioridade no proxecto dos valores e as persoas.
Medios necesarios para alcanzar os obxectivos do proxecto.
Definición formal e clara da visión e do proxecto
Coincidencia entre os valores do proxecto e dos empregados.
Coherencia entre a práctica diaria e os valores do proxecto.

Segundo Villafañe (2005), unhas boas condicións de traballo son básicas para chegar un paso máis aló e lograr unha boa reputación interna:

“¿Para qué vamos a considerar tan siquiera qué hace reputada a una empresa a los ojos de sus empleados si ésta no puede garantizar la satisfacción de sus demandas básicas? Una vez alcanzado ese clima es cuando hay que trazar la ruta hacia la implicación y eso, inexcusablemente, pasa por la reputación de la compañía a los ojos de sus empleados” (Villafañe, 2005: 60).

Os elementos explicados polo de agora – clima, cultura, satisfacción, motivación e reputación interna – vense favorecidos por unha Comunicación Interna que debe ser fluída, estar planificada e servir á estratexia da institución. Aínda que a comunicación interna é unha dinámica que os públicos externos non perciben directamente, a identidade que a institución transmite está estreitamente relacionada con todos os aspectos anteriores: coa cultura corporativa establecida, co clima organizacional que perciban os empregados, coa imaxe que teñan da institución para a cal traballan ou co grao de motivación e satisfacción laboral que experimenten.

3.3. A COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL EXTERNA

A Comunicación Institucional Externa diríxese cara os públicos externos da institución, como poden ser: outras institucións, empresas, os cidadáns ou os medios de comunicación. As institucións non deben permanecer illadas nin ensimesmadas, senón estar abertas a todo aquilo que acontece no seu exterior.

Como cara visible da organización, a Comunicación Externa foi, tradicionalmente máis coidada que a interna, mais como levamos insistindo ao longo do presente traballo, como vehículo da cultura corporativa, do estilo de liderazgo, do clima organizacional imperante ou da capacidade de motivación dos traballadores, a comunicación interna condiciona en gran medida e é soporte da comunicación dirixida aos públicos externos.

A actuación en comunicación externa xira en torno a tres eixos fundamentais (Ramírez, 1995):

- Relacións coa sociedade: con outras organizacións, coa comunidade, etc.
- Publicidade e marketing.
- Relacións cos medios de comunicación.

3.3.1. RELACIÓNS COA SOCIEDADE

Unha institución que desexe ter relevancia na sociedade na que se ubica, debe cultivar as relacións coas entidades da rede social na que estea inmersa: colectivos ou grupos sociais determinados, empresas, outras institucións, a comunidade na que asenta, etc.

Neste senso, os encontros sociais, visitas concertadas, contactos con líderes de opinión, xornadas de portas abertas, etc. constitúen algunhas das iniciativas que se poden poñer en marcha (Ramírez, 1995).

3.3.2. PUBLICIDADE E MARKETING

Publicidade e marketing son dúas áreas de actuación que tradicionalmente se viñeron empregando para dar a coñecer a actividade e as características do produto/ servizo e a marca dunha determinada empresa ou institución. Pero tamén a través da publicidade e do marketing dun determinado produto/ servizo se transmite imaxe de empresa e de institución.

“La Publicidad es una modalidad de comunicación contingente basada en la persuasión y que pretende influir en la opinión pública para que concentre su atención en una institución, idea, producto o servicio” (Martínez Solana, 2004: 120).

A publicidade esixe o pago dunhas tarifas para a publicación ou emisión do anuncio e, en contrapartida, garante o control total sobre a mensaxe que se desexa transmitir.

Como xa explicamos, no contexto actual, no que o que se vende é a empresa ou a institución como conxunto de valores, máis que o produto ou servizo que realicen, a publicidade volveuse insuficiente por si soa e precisa combinarse de maneira conxunta coa actividade de Relacións Públicas.

Ademais, como vantaxes da Comunicación fronte a Publicidade, podemos sinalar (Carrascosa, 1992):

1. A comunicación é unha relación dialéctica e recíproca entre un emisor e un receptor. Non se produce relación unívoca, como pretendían as primeiras teorías behavioristas sobre as que se sostivo a publicidade chamada “moderna”.
2. É máis: o receptor participa activamente na elaboración da mensaxe xa que, como temos repetido, a comunicación consiste en escoitar e en elaborar unha resposta ao que se escoita.
3. Hai beneficio, interese mutuo, en que ningunha das dúas partes engane a outra.
4. A comunicación institucional resulta máis complexa que a publicidade e o seu contido é o suficientemente amplo como para dificultar a excesiva simplificación, a canalización ou o carácter subliminar da mensaxe.

Pola súa banda, o marketing vai máis alá da actividade comercial ou de vendas porque realiza o ciclo completo que vai dende o estudo das preferencias/necesidades dos consumidores á venda do produto. Segundo a *American Marketing Association*¹⁸, o marketing é

the activity, set of institutions, and processes for creating, communicating, delivering, and exchanging offerings that have value for customers, clients, partners, and society at large.

Para Lamata (1994: 3) trátase de

“el arte y la ciencia de hacer buenos tratos, buenos intercambios. Es decir, ofrecer al cliente el producto apropiado, en el momento oportuno, en un lugar accesible y recibir a cambio una compensación, un precio, razonable”.

Por canto á xerarquía que debera establecerse entre o departamento de marketing e o de comunicación, dende cada perspectiva, apóstase pola supremacía da súa área de actividade:

¹⁸ <http://www.marketingpower.com/>

“Los profesionales del marketing no ceden de buen grado ni un solo palmo a una función emergente, que consideran descafeinada, generalista, incompetente e intrusa. Empiezan a hablar incluso de “marketing institucional”, de “marketing corporativo”, para seguir manteniendo la pelota en “su” terreno de juego” (Carrascosa, 1992: 53).

Pero as funcións e os obxectivos de ambos departamentos son distintos, de modo que a área de Marketing ocúpase máis da creación e comunicación de marcas e de produtos/ servizos, mentres que a área de Comunicación ten unha función máis holística, de comunicación externa e interna (Benavides, 2001):

Departamento de Comunicación	Departamento de Marketing
<p>A) Funcións:</p> <p>Desenvolvemento de contidos e eventos.</p> <p>Construción de estratexias globais de comunicación.</p> <p>Comunicación externa e interna.</p>	<p>A) Funcións:</p> <p>Creación e comunicación de marcas.</p> <p>Comunicación de Produto.</p> <p>Relación cos clientes.</p>
<p>B) Obxectivos:</p> <p>Identidade visual corporativa.</p> <p>Cultura empresarial.</p> <p>Seguimento da Reputación Corporativa.</p>	<p>B) Obxectivos:</p> <p>Seguimento da eficacia publicitaria.</p> <p>Vendas.</p>

Táboa nº 16. Funcións e obxectivos dos departamentos de Comunicación e Marketing.
Fonte: Benavides (2001: 30).

Dende o punto de vista do Marketing, a Comunicación supón unha parte máis da súa actividade de traballo, segundo o seguinte ciclo:

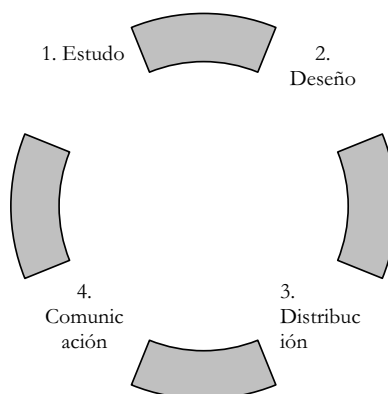


Figura nº 4. Ciclo de actividade do Marketing. Elaboración propia.

1. Estudo de necesidades e desexos: coñecer qué necesita unha persoa ou un grupo de persoas (segmento de mercado) ás que nos estamos plantexando servir.

2. Deseño do produto adecuado para satisfacer unha necesidade concreta.
3. Distribución de dito produto de maneira que resulte accesible nun lugar e nun tempo razoable e que sexa fácil a súa utilización pola poboación á que vai destinado.
4. Comunicación ao cliente das vantaxes do noso produto en calidade/ coste, para que se sinta animado a elixilo entre varias alternativas posibles.

Non obstante, dende o presente traballo, consideramos que é reducionista someter a función de Comunicación ao departamento de marketing, de modo que ambas áreas deben traballar de modo coordinado, existindo a colaboración entre as dúas facetas:

“Un plan global de comunicación precisa que exista una acción complementaria entre información (y relaciones públicas) y publicidad a fin de que se transmitan mensajes adicionales y no contrapuestos a la sociedad” (Martínez Solana, 2004: 121).

3.3.3. AS RELACIÓNS COS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. OS INSTRUMENTOS MÁIS EMPREGADOS NAS RELACIÓNS COS MEDIOS: COMUNICADOS E CONFERENCIAS DE PRENSA

As relacións cos medios de comunicación constitúe unha das actividades de comunicación externa máis destacada. Son relacións que permiten dar a coñecer un discurso informativo á sociedade a través dos medios de comunicación. É o que se coñece como *publicity*, información proporcionada por unha fonte externa que os medios de comunicación empregan por ter valor informativo. En contraposición coa publicidade, trátase dun método non controlado de difundir mensaxes xa que a fonte non paga os medios por dita difusión (Cutlip et al, 2006).

A *publicity* non pretende vender un produto concreto, senón crear unha atmosfera propicia á actividade da institución. As vantaxes aducidas fronte á tradicional publicidade radican na ganancia de credibilidade, na facilidade de persuasión e en que ofrece unha información máis ampla que a publicidade.

As diferenzas entre a publicidade e a *publicity* atañen ó seu obxectivo principal, ós soportes empregados no seu uso, ós costes de ambos métodos e, o máis importante de todo, á credibilidade que finalmente inspiran no público externo.

Diferenzas entre publicity e publicidade		
	Publicity	Publicidade
Obxectivos	Crear un clima positivo cara á institución.	Convencer da idoneidade da marca/ produto/ servizo.
Soportes máis empregados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nota de prensa ▪ Conferencia de prensa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anuncio
Costes	Baixos. Recursos materiais e humanos habituais.	Altos. Coste económico en función do medio e da ubicación.
Credibilidade	Alta	Baixa

Táboa nº 17. Diferenzas entre publicity e publicidade. Elaboración propia.

As notas ou comunicados de prensa e as conferencias ou roldas de prensa forman as dúas técnicas de *publicity* máis empregadas e na actualidade constitúen dúas vías habituais de acceso ao temario dos medios. O seu emprego por parte dos gabinetes de comunicación está consolidado e xa se integran nas rutinas de traballo dos xornalistas.

Segundo a clasificación de Molotch e Lester (1974), entrarían na categoría de *acontecemento habitual de rutina*, dándose os requirimentos seguintes:

- Actos programados para ser noticia
- O promotor e o executor coinciden
- Necesidade da fonte de protagonizar o acontecemento que coincide coa actividade de produción da información dos medios.

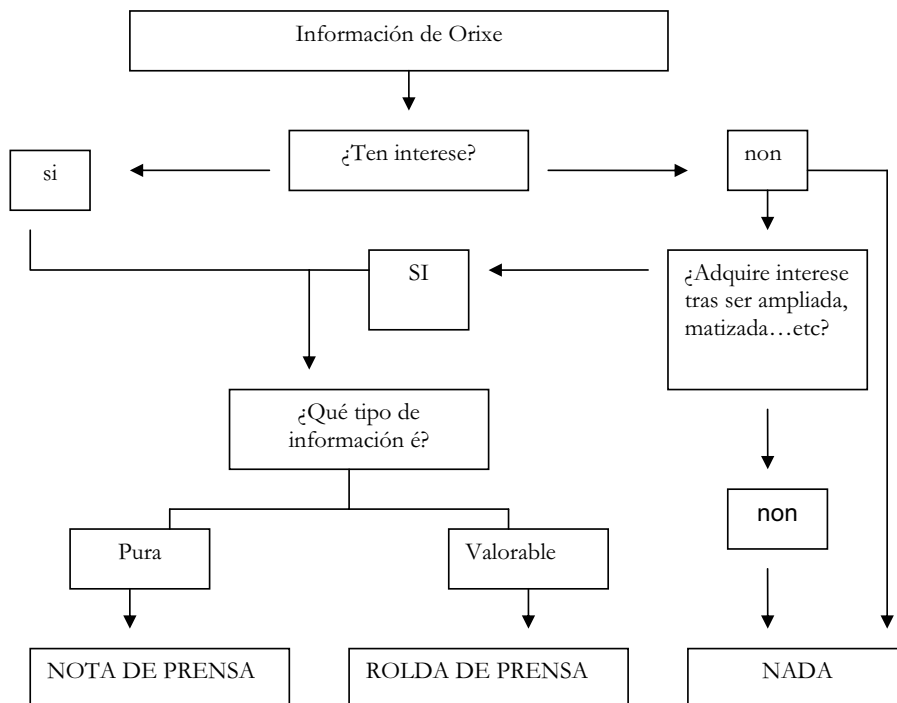
A escolla entre un e outro queda a criterio do Gabinete de Comunicación. Para Túñez (2004), o emprego da nota de prensa ben se xustifica porque un acontecemento carece do peso suficiente como para convocar unha conferencia de prensa, ben pode haber certa intencionalidade por parte da fonte, a quen pode non interesarlle un contacto persoal cos xornalistas. Noutras ocasións, empréganse para adiantar e/ou complementar unha conferencia de prensa.

Para Vázquez Burgos (2004), hai dous tipos de informacións que o informador de fonte facilita: as, por así dicilo, *puras* e as suxeitas a un alto grao de valoración e interpretación.

“La información denominada pura es aquella que, en términos laxos, comienza y termina en si misma (...) Las informaciones sujetas a un alto grado de

valoración son aquelas en las que, periodísticamente, tan interesante es la información en si como la valoración que de ella hace quien la facilita”. (Vázquez Burgos 2004, 103).

A categoría de información pura sería a aceptada para as notas de prensa e a valorable, a recomendable para as roldas de prensa. O circuito de reflexión e de decisión á hora de convocar unha conferencia de prensa ou de decantarse polo envío dunha nota ou comunicado sería o seguinte.



Esquema nº 15. Procedemento de decisión de emitir unha nota de prensa ou convocar unha rolda de prensa. Fonte: Vázquez Burgos, 2004: 104

3.3.3.1. OS COMUNICADOS OU NOTAS DE PRENSA

Fernando Martín (1998) caracteriza os comunicados de prensa do seguinte modo:

“es la transmisión de una información noticiable, lo más veraz, actual, concreta y rápida posible, en la que el Dircom ofrece algún acontecimiento acontecido en su entidad y que debe ser de gran interés, no sólo para sus públicos, sino también para los medios de comunicación que lo reciben” (Martín, 1998: 125).

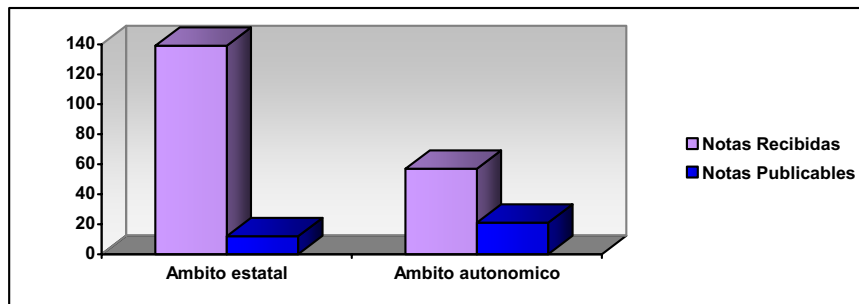
En palabras de Ramírez (1995: 95), os comunicados ou notas de prensa son declaracións escritas (no caso da prensa) ou realizadas en soporte magnético (radio/TV), sobre unha cuestión concreta de interese xeral que envían as fontes informativas aos medios de difusión.

A nota de prensa constitúe unha canle e soporte de comunicación moi habitual nas relacións entre os gabinetes e os medios de comunicación. Antes enviábase a través do fax, agora a través do correo electrónico.

Para facernos unha idea do seu recorrente emprego, sírvannos de referencia os datos extraídos do estudo *Periodistas, empresas, instituciones (2006)*¹⁹, no que se recolle que o volume medio diario de notas de prensa que os periodistas entrevistados afirman recibir de empresas e institucións, ascende a 69, variando por soportes: os periodistas de prensa e radio reciben menos, 60 e 54 respectivamente, mentres que os de televisión e axencias reciben 87 e 101 respectivamente. Porén, a maior diferenza dáse en función do ámbito xeográfico. Así os Medios nacionais reciben unha media de 139 notas de prensa diarias procedentes de empresas e institucións e a cifra redúcese a 57 cando falamos de Medios de ámbito autonómico ou local.

Por suposto, os medios non publican todas as notas que reciben. Varía por soportes, pero por apuntar dúas cifras xerais, os xornalistas que traballan no ámbito estatal consideran publicables 12 das 139 notas diarias que reciben (un 8,63%) mentres que os que traballan en ámbito autonómico/local, pensan que 21 das 57 que reciben son publicables (36,84%).

¹⁹ Estudio de Comunicación; Demométrica (2006), *Periodistas, Empresas e Instituciones. Claves de una relación necesaria*, Madrid. Disponible en <http://www.fape.es/images/descargas/informe.pdf> [20/01/07]



Gráfica nº 2. Volume diario de notas de prensa recibidas e publicables a nivel estatal e autonómico.
Fonte: Estudio de Comunicación/ Demométrica (2006). Elaboración propia.

Así pois, as notas de prensa teñen unha grande competencia entre si e deben superar unha criba que as faga merecedoras de formar parte da superficie redaccional do medio (deben superar o proceso de *gatekeeping*). Por iso, canto máis respecten as convencións xornalísticas, máis posibilidades terán de poder incorporarse ó temario.

Unhas normas moi xerais para a súa correcta utilización poderían ser as seguintes (Martínez Solana, 2004: 116-117):

- Tema interesante e de actualidade.
- Estilo xornalístico.
- Presentación correcta.
- Deben enviarse a tódolos medios, salvo no caso de temas moi especializados.
- Adecuación ao medio, tendo en conta as necesidades dos medios audiovisuais.

Túñez López (2004) detalla un decálogo máis amplo para aplicar na elaboración das notas de prensa:

1. O QUE INFORMATIVO. A nota debe respostar no lide ás seis preguntas básicas do xornalismo: Que, quen, cando, como, onde e por que dende a perspectiva do xornalismo, non das necesidades comunicativas da organización.
2. O SOPORTE. O mesmo texto non vale para radio, prensa e televisión. Debe anexarse material de apoio: fotografía, voz ou imaxes.
3. O TITULAR. Unha soa idea expresada en Suxeito + Verbo + Predicado. Pode completarse con antetítulo e subtítulo (idea secundaria). Evitar subliñados e maiúsculas.
4. O TEXTO. Estilo periodístico informativo adaptado ó soporte. Frases curtas, sen adxectivos, sen tecnicismos, sen siglas, linguaxe sinxela.
5. DATOS ADAPTADOS Á AUDIENCIA. Os datos chaman máis que as opinións. Mellor adecuar os datos ó ámbito de difusión do medio.
6. EXTENSIÓN. Unha soa páxina, salvo excepcións.

7. IDENTIFICACIÓN. Logotipo da organización, teléfono e e-mail de contacto. O comunicado non ten por qué esgotar toda a información.
8. ENVÍO. Simultáneo a todos os medios.
Por Fax: carátula explicando quen somos, a quen se manda e de que trata.
Por mail: pantalla para explicar quen somos, a quen se manda e de que trata.
9. HORA. En función das rutinas do medio.
10. CONFIRMACIÓN. Revisar que todo está correcto: data, hora, lugar... Chamar por teléfono para confirmar que lles chegou (ollo! Hai medios a quen non lles gusta; vía e-mail, sempre pode activarse a confirmación de recepción).

Respecto do emprego da nota de prensa, convén ter en conta factores como (Vázquez Burgos, 2004):

- A clave dunha boa nota de prensa é a concisión.
- Na nota de prensa, non adoita recollerse o enfoque da entidade, salvo no proceso de elaboración da información.
- A nota de prensa é controlable (non nos obriga a transmitir máis) pero a mensaxe é pechada (impide enmarcar ou matizar aspectos, a menos que os xornalistas o soliciten).
- Non existe máis posibilidade de defender o enfoque propio que a pura elaboración da nota.
- A importancia do feito noticioso que transmitimos debe explicarse por si propia, por se coa inmensa maioría dos informadores non existe outro contacto que o envío da nota.

3.3.3.2. AS CONFERENCIAS OU ROLDAS DE PRENSA

Na súa orixe, empregáronas os departamentos de Relacións Públicas dos Gobernos, concretamente en Estados Unidos. Considérase ao presidente estadounidense Woodrow Wilson o primeiro en botar man deste instrumento en 1913. Wilson citaba os xornalistas dúas veces por semana e ademais proporcionáballes unha transcripción textual das súas declaracións, para que os reporteiros as comparasen coa exactitude das súas notas. A partir de aí, os distintos presidentes estadounidenses utilizaron estes encontros cos xornalistas introducindo pequenas particularidades.

Actualmente, non se fai ningunha distinción entre as expresións “conferencia” e “rolda de prensa”. Martínez Albertos si establecía no *Curso general de redacción periodística* un matiz diferenciador e indicaba que a rolda de prensa se emprega para asuntos lixeiros, de menor importancia e promovidos polos que chamaba “personaxes públicos menores”. Vivaldi fai un apuntamento de tipo gramatical e indica que, en realidade, deberan denominarse “conferencias para/ a a prensa”.

As conferencias de prensa constitúen pseudoacontecementos que alimentan a superficie redaccional dos medios. Son pseudoacontecementos porque non é que se produza un acontecemento, senón que se crea esa situación xerada pola fonte, que pasa a se converter en noticia.

Indica Túñez López (1999) que dita actividade consiste en citar a representantes dos medios de comunicación para informalos, a todos á vez e en profundidade, dun tema que a fonte supón de interese xeral. Dáse por feito que posteriormente os xornalistas terán posibilidade de facer preguntas e establecer un diálogo coa fonte.

Á hora de decidirse a organizar unha conferencia de prensa, deberían valorarse previamente unha serie de elementos que a caracterizan (Vázquez Burgos, 2004):

- O enfoque primario ou titular é incontrolable e variado.
- A rolda de prensa é un feito dialéctico, o que quere dicir que a fonte emisora pode matizar, defenderse, etc. Porén, pon a proba a veracidade e coherencia dos seus argumentos.
- O nivel de resposta á conferencia de prensa é máis variable que á nota. Depende de factores esóxenos, como a existencia doutras roldas de prensa máis importantes no mesmo día.
- A rolda de prensa é moi rica en información. Hai que valorar, dende a organización, se hai ou non capacidade de dar un elevado volume de información.

Para organizar unha conferencia de prensa hai que ter en conta o seguinte esquema de pasos fundamentais:

- a. Pensar se a conferencia de prensa é o tipo de acto que **convén** organizar (¿ten a suficiente importancia ou pode solucionarse co envío dun comunicado de prensa?)
- b. Envío da **convocatoria** de prensa, entre tres e seis días antes da súa celebración. Hai que ter claro a que medios / xornalistas nos diriximos. Na convocatoria, debe quedar claro:
 - Día, lugar e hora.

Ter en conta as rutinas de traballo xornalísticas:

 - i. -a conferencia non debe ser antes das 10.00 nin despois das 13.00 horas e para os informativos de televisión, ás 12.00 empeza a facerse tarde
 - ii. -adequar a conferencia ó calendario do día).- Tema e entidade convocante. Hai que adiantar o interese do tema en cuestión.
- c. Facer un **recordatorio** da conferencia de prensa un día antes, ben por teléfono, ben por escrito (vía mail ou fax).
- d. Elaborar unha **nota de prensa** e/ou un **dossier de documentación** para entregarlles ós xornalistas (cortes de audio para as emisoras de radio/ vídeos para as televisións / material fotográfico).

d.1. Dossier informativo.- Pode complementar unha conferencia de prensa ou un comunicado. Combina información cuantitativa e cualitativa.

A súa estrutura debe ser:

Portada. Título orientador do tema e logotipo da institución.

Sumario (índice de contidos do que vén despois).

Comunicado de apertura.

Artigos que permitan profundizar no tema.

Outros documentos: Resumos, bibliografía, ilustracións...

Aqueles que se entregan na conferencia de prensa:

Programa previsto.

Listado de persoas que interveñen.

Texto íntegro ou o resumo das intervencións.

Papel en branco para as notas dos xornalistas.

- e. Tamén debe enviarse a nota e/ou o dossier ós **xornalistas que non asistiron**; pode ser que sexa por falta de interese pero tamén por falta de tempo.
- f. Facer un **seguimento**, posteriormente, da cobertura informativa do evento (¿transmitiron os medios o tema central da conferencia? ¿qué importancia lle deron?).

Fernández Souto (2004: 121) tamén recomenda:

- a. Considerar as necesidades especiais de radio e televisión.
- b. Comunicar anexo á nota da convocatoria, se fose necesario, as posibles facilidades de aparcamento.
- c. Elixir unha dependencia que poida estar o suficientemente chea como para crear un ambiente de asistencia digno.
- d. Nomear unha persoa para que reciba os xornalistas.

Por canto á súa duración, non debera prolongarse máis de media hora, incluída a quenda de preguntas dos xornalistas. Tampouco deberían participar moitos relatores porque ademais de alongar a comparecencia pode distorsionarse a mensaxe que se desexa transmitir. Por iso, recoméndase que, no caso de intervir varias persoas, haxa unha que leve o fío condutor da exposición (Álvarez e Caballero, 1997).

García Orosa (2003: tomo I, 50) sintetiza unha serie de consellos que os expertos recomendan na celebración dunha conferencia ou rolda de prensa:

- Os comparecentes teñen que ser capaces tanto de *ir directos ó gran* como de evitar elegantemente as preguntas conflitivas.
- *O dircom* debe coñecer os xornalistas e os medios que acudan á convocatoria especialmente para a quenda de preguntas.
- Importancia do “timing” ou a mediación do tempo xa que, para a organización, uns acontecementos deben ser coñecidos antes ca outros.
- Seguimento a posteriori en cada un dos medios que a cubriron.

Túñez (2004: 227-229) expón unha serie de consellos de utilidade:

Por canto ó escenario

-
- O escenario non debe estar nun lugar afastado; mellor, canto menos tempo de desprazamento ata o lugar convocado.
 - Un tamaño da sala adecuado á resposta que agardemos.
 - Detrás da mesa dos conferenciantes, un fondo liso co logotipo da organización.
 - Voceiros identificados (carteis cos nomes).
 - Contar cunha mesa de saída de son, que lles permita ós xornalistas conectar as gravadoras (así evitamos, os micrófonos e as gravadoras enriba da mesa).
 - Dar todas as facilidades: Fax, Internet, teléfono...

Por canto ó discurso das fontes

-
- Ter claro o que se quere dicir e o que non.
 - Do que se quere dicir: Idea-forza que poida transformarse no titular da información. Pausa antes e despois. Como resposta a unha pregunta.
 - Do que non se quere dicir: Ter unha resposta ante preguntas incómodas.
 - O mellor é ter un argumentario. Tamén se pode facer unha pre-conferencia (ensaio previo).

Os gabinetes de comunicación non só desempeñan unha actitude proactiva (de iniciativa na comunicación). Ademais, os gabinetes deben atender as demandas informativas dos medios: Concertar entrevistas, promover que se fagan reportaxes, pode, coma calquera fonte, realizar filtracións, etc. O obxectivo non é outro que o de colarse no temario dos medios procurando que a mensaxe finalmente publicada manteña o enfoque positivo da información.

4. A COMUNICACIÓN HOSPITALARIA

4.1. O MARCO COMPETENCIAL DA SANIDADE EN GALICIA

O núcleo da normativa sobre Sanidade en España compóñeno tres grandes normas: a Constitución Española, a Lei 14/1986, do 25 de abril, Xeral de Sanidade e a Lei Orgánica 3/1986 de 14 de Abril de medidas especiais en materia de Saúde Pública.

O artigo 43 da Constitución Española recolle o dereito á protección da saúde e a obriga que teñen os poderes públicos de organizar e protexer a saúde pública. Dito artigo é a base sobre a que asenta o sistema sanitario español:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

(Constitución Española, Título I, Capítulo Tercero. De los principios rectores de la política social y económica)

Pola súa banda, o Estatuto de Autonomía de Galicia (art.33) establece as competencias en materia sanitaria conferidas ao Goberno da Comunidade Autónoma:

1. Correspóndelle á Comunidade Autónoma o desenvolvemento lexislativo e a execución da lexislación básica do Estado en materia de sanidade interior (art. 33.1).
2. En materia de Seguridade Social corresponderalle á Comunidade Autónoma o desenvolvemento lexislativo e a execución da lexislación básica do estado, non sendo as normas que configuran o réxime económico da mesma (art. 33.2, parágrafo primeiro). Correspóndelle tamén á Comunidade Autónoma a xestión do réxime económico da Seguridade Social en Galicia, sen prexuízo da Caixa Única (art. 33.2, parágrafo segundo).
3. A execución da lexislación do Estado sobre produtos farmacéuticos (art. 33.3) e o desenvolvemento lexislativo e a execución da lexislación do estado en materia de establecementos farmacéuticos (art. 28.8).

4. A Comunidade Autónoma poderá organizar e administrar para tales fins e dentro de seu territorio tódolos servizos relacionados coas materias antes expresadas, e exercerá a tutela das institucións, entidades e fundacións en materia de Sanidade e Seguridade Social. A alta inspección conducente ó cumprimento das funcións e competencias contidas neste artigo quedalle reservada ó Estado²⁰ (art. 33.4).

Polo tanto, á Comunidade Autónoma de Galicia correspóndelle o desenvolvemento lexislativo e a execución da lexislación básica do Estado en materia de sanidade interior. Ademais, no marco da planificación xeral sanitaria do Estado e dentro do seu ámbito de actuación territorial, correspóndenlle á Xunta de Galicia, como competencias transferidas, a organización, programación, dirección, resolución, control, vixilancia, tutela, así como a sanción e intervención nas actividades e servizos seguintes:

1. Control sanitario de :

- A) Augas de bebidas.
- B) Augas residuais.
- C) Residuos sólidos.
- D) Contaminación atmosférica.
- E) Vivenda e urbanismo.
- F) Locais e edificios de convivencia pública ou colectiva.

2. Actividades sanitarias relacionadas cos establecementos e industrias molestas, insalubres, nocivas e perigosas.

3. O control da publicidade médico-sanitaria á que se refire o R.D. 2827/1977, do 20 de xullo, e disposicións complementarias aos órganos da Administración do Estado.

4. O estudo, vixilancia e análise epidemiolóxica dos procesos que inciden positiva ou negativamente na saúde humana.

5. Os programas sanitarios tendentes á protección e promoción da saúde, tales como os da hixiene maternal, infantil, escolar, industrial, laboral, deportiva, mental, así como as accións sanitarias permanentes en materia de enfermidades transmisibles e non transmisibles, antropozoonose e educación sanitaria.

6. O desenvolvemento de programas de formación en materia de saúde pública en coordinación coa Administración do Estado, na forma que se establece regulamentariamente.

²⁰ Segundo o artigo 149.1 da Constitución Española, son competencias exclusivas do Estado en materia de Saúde as seguintes: 16.1. Sanidade Exterior. Bases e coordinación xeral da sanidade. Lexislación sobre produtos farmacéuticos e 17.1. Lexislación básica e rexime económico da Seguridade Social, sen prexuízo da execución do seu servizo polas Comunidades Autónomas.

7. O outorgamento da autorización oportuna para a creación, construción, modificación, adaptación ou supresión de centros, servizos e establecementos sanitarios de calquera clase e natureza, engadindo os balnearios e as entidades de seguro libre de asistencia médico-farmacéutica. Exceptúanse as autorizacións que se refiran aos laboratorios ou establecementos de elaboración de drogas, produtos estupefacientes, psicotrópicos ou especialidades farmacéuticas semellantes e as súas materias primas e material instrumental médico, terapéutico ou correctivo.
8. O control sanitario de produción, almacenamento, transporte, manipulación e venda de alimentos, bebidas e produtos relacionados, directa ou indirectamente, coa alimentación humana cando estas actividades se desenvolvan en Galicia.

Como consecuencia do R.D. 1679/1990, do 28 de decembro, sobre o traspaso á Comunidade Autónoma de Galicia das funcións e servizos do Instituto Nacional da Saúde, asúmense tamén as seguintes competencias:

1. As funcións correspondentes aos centros e establecementos sanitarios, asistenciais e administrativos da Seguridade Social xestionados polo Instituto Nacional da Saúde na Comunidade Autónoma.
2. As funcións encomendadas pola lexislación vixente ás direccións provinciais da citada entidade xestora da Seguridade Social, así como as funcións correspondentes ao Ministerio de Sanidade e Consumo respecto ás ditas direccións provinciais.
3. A elaboración e a execución dos plans de investimento que se aproben en materia sanitaria na Comunidade Autónoma, así como a xestión dos investimentos en curso.
4. A contratación, xestión, actualización e resolución dos concertos con entidades e institucións sanitarias ou asistenciais que presten servizos na Comunidade, dentro dos límites orzamentarios.
5. A creación, transformación e ampliación, dentro dos límites orzamentarios así como a clasificación e supresión dos centros e establecementos sanitarios en réxime ordinario ou experimental, dos centros asistenciais e administrativos do INSALUD na Comunidade Autónoma, de acordo coa lexislación básica do Estado.
6. As funcións de xestión que realiza o Instituto Nacional da Saúde a través dos seus servizos centrais, no que se refire ao territorio de Galicia e, entre eles, a inspección de servizos de xestión das prestacións sanitarias da Seguridade Social.
7. A planificación de programas e medidas de asistencia sanitaria da Seguridade Social no ámbito da Comunidade, de acordo coa lexislación básica do Estado.
8. A análise e avaliación do desenvolvemento e resultados da acción sanitaria da Seguridade Social en Galicia.
9. A organización e réxime de funcionamento dos centros e servizos de asistencia sanitaria da Seguridade Social na Comunidade Autónoma, así como a definición de criterios xerais para a avaliación da eficacia e rendemento dos programas, centros ou servizos sanitarios na Comunidade

Autónoma, todo iso de acordo coa normativa básica do Estado e a normativa reguladora do réxime económico da Seguridade Social.

Ademais, a través do R.D. 212/1996, do 9 de febreiro, transferíronse á Comunidade Autónoma de Galicia as funcións e servizos da Seguridade Social en materia de asistencia sanitaria encomendada ao Instituto Social da Mariña, en concreto a asistencia sanitaria dos traballadores do mar e os seus beneficiarios, dentro do territorio da Comunidade Autónoma. Non obstante continúan sendo competencias da Administración do Estado, a asistencia sanitaria dos traballadores do mar a bordo e no estranxeiro así como a información sanitaria ao traballador do mar, educación e distribución da guía sanitaria a bordo, a práctica de recoñecementos médicos previos ao embarque, inspección e control dos medios sanitarios a bordo e das condicións hixiénicas das embarcacións

Tamén, a través do R.D. 1379/1997, de 29 de agosto, traspasáronse á Comunidade Autónoma de Galicia as funcións e servizos da Administración do Estado en materia de execución da lexislación do Estado sobre produtos farmacéuticos nos termos establecidos na Lei 25/1990, do 20 de decembro, do medicamento.

Asimesmo, correspóndelle á Xunta de Galicia o exercicio das competencias que para situacións sanitarias urxentes ou de necesidade se recollen na Lei orgánica 3/1986, do 14 de abril, de medidas especiais en materia de saúde pública.

4.2. A ORGANIZACIÓN DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE. O HOSPITAL NO SISTEMA SANITARIO GALEGO

4.2.1. OS ÓRGANOS XESTORES DA SANIDADE EN GALICIA. CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERGAS. RECURSOS DA SANIDADE EN GALICIA.

A sanidade pública galega ten dúas vías de organización e de xestión: unha encabezada pola Consellería de Sanidade e outra, por un organismo autónomo de carácter administrativo dirixido e tutelado pola Consellería, o Servizo Galego de Saúde (Sergas).

A Consellería de Sanidade é o principal órgano administrativo da Xunta de Galicia, que toma decisións en materia de sanidade. Está encabezada polo/a conselleiro/a (quen tamén preside o Servizo Galego de Saúde) e estrutúrase nunha secretaría xeral e unha dirección xeral: a Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación²¹.

Na actualidade, a Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación conta con cinco subdireccións xerais: a Subdirección Xeral de Planificación Sanitaria e Aseguramento; a Subdirección Xeral de Información sobre saúde e Epidemioloxía; a Subdirección Xeral de Xestión; a Subdirección Xeral de Programas de Control de Riscos Ambientais para a Saúde e a Subdirección Xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudables.

A misión de conxunto da Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación é a de ocuparse da promoción e coidado da saúde pública dos cidadáns e da planificación e ordenación sanitaria, o aseguramento, o desenvolvemento de sistemas de avaliación de tecnoloxías e programas sanitarios.

Ademais, a Consellería de Sanidade, que ten a súa sede na capital galega, conta cuns órganos territoriais a través dos que organiza tamén todo o volume de accións de xeito provincializado: son os departamentos territoriais de A Coruña, Lugo, Ourense, Pontevedra e recentemente Vigo²².

O Servizo Galego de Saúde (SERGAS) é un organismo autónomo de carácter administrativo dirixido e tutelado pola Consellería de Sanidade. Integra todos os centros, servizos e

²¹ A partir da entrada en vigor do Decreto 310/2009, do 28 de maio, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade.

²² Anteriormente á entrada en vigor do Decreto 310/2009, do 28 de maio, existían as chamadas delegacións territoriais da Consellería de Sanidade e eran un total de catro, unha por provincia.

establecementos sanitarios da Administración autonómica galega, sobre os que exerce o goberno, a dirección e a xestión, co fin de garantir a asistencia sanitaria pública.

O Sergas, creado pola Lei 1/1989, configúrase como un organismo autónomo de natureza administrativa, dotado de personalidade xurídica propia e plena capacidade de cumprimento dos seus fins e a el correspóndelle:

1. Exercer o goberno, a dirección e a xestión dos centros, servizos e establecementos sanitarios propios ou adscritos, garantindo a provisión dos servizos e prestacións de asistencia sanitaria de cobertura pública.
2. Distribuír os recursos económicos afectos ao financiamento dos servizos e prestacións de asistencia sanitaria de cobertura pública, mediante a compra da actividade asistencial aos centros, servizos e establecementos da rede galega de atención sanitaria de utilización pública.
3. Coordinar a xestión dos recursos humanos, materiais e financeiros que teña asignados.
4. O establecemento, a xestión e a actualización dos acordos, convenios e contratos (calquera que sexa a súa tipoloxía e modalidade) con terceiras entidades titulares de centros, servizos e establecementos sanitarios.
5. Exercer aquelas outras funcións que lle delegue ou encomende a Consellería de Sanidade.

O/A presidente/a do Servizo Galego de Saúde é o/a conselleiro/a. O Sergas consta dunha xerencia e de tres Direccións:

- A Dirección de Asistencia Sanitaria, que se encarga da calidade da asistencia sanitaria. Conta con catro Subdireccións Xerais: de Planificación e Ordenación Asistencial; de Análise e Avaliación Asistencial e Atención ao Paciente; de Farmacia e de Xestión socio-sanitaria e de saúde mental.
- A Dirección de Recursos Económicos. Ocúpase da dirección económica e financeira e para iso conta con tres Subdireccións: a Subdirección Xeral de Orzamentos, a Subdirección Xeral de Investimentos, a Subdirección Xeral de Compras e Servizos.
- A Dirección de Recursos Humanos. Adicada á xestión do equipo humano integrado polos colectivos profesionais do Sergas. Organízase na Subdirección Xeral de Xestión e Políticas de Persoal, Subdirección Xeral de Planificación, Selección e Desenvolvemento Profesional e Subdirección Xeral de Relacións Laborais, Rexime Xurídico, Recursos e Reclamacións.

Ademais, figuran adscritos á Consellería de Sanidade os seguintes organismos:

- A **Fundación Centro de Transfusión de Galicia**, que se ocupa da organización funcional da hemoterapia e hemodíaz na Comunidade Autónoma de Galicia.
- **Fundación Instituto Galego de Oftalmoloxía**, quen se ocupa da prestación de servizos especializados de consultoría, planificación, avaliación e prestación de servizos oftalmolóxicos de alta complexidade, docencia e investigación.
- A sociedade pública autonómica **Instituto Galego de Medicina Técnica S.A.**, creada polo Decreto 229/1994, do 14 de xullo, transformada en **Galaria, Empresa Pública de Servizos Sanitarios S.A.**, a través do *Decreto 209/2008, de 28 de agosto*. Esta empresa pública ten por obxecto: 1) a promoción, planificación, deseño, construción, conservación, mantemento, dotación de equipamento e explotación de toda clase de infraestruturas sanitarias que sexan promovidas pola Comunidade Autónoma de Galicia ou nas que esta participe, vinculadas ao ámbito sanitario e 2) A prestación de actividades de consultoría en materia de avaliación, planificación, promoción, adquisición, organización, mantemento, formación, xestión, investigación, control de calidade e, en xeral, calquera materia relacionada co sector sanitario, especialmente no eido da alta tecnoloxía sanitaria.
- A **Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria**, nada co obxectivo da formación e investigación nas materias de saúde pública e administración sanitaria dentro dos criterios de planificación e as directrices de carácter xeral emanadas da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde.
- A **Fundación Urgencias Sanitarias 061-Galicia**, que ten por obxecto a realización de actividades de xestión, coordinación, consultoría, docencia e investigación prioritariamente en materia de atención extrahospitalaria en caso de emerxencia e urxencia sanitaria, así como no campo dos coidados críticos e na atención sociosanitaria.
- A **Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica**, que pretende desenvolver actividades relacionadas coa medicina molecular, entendida como o coñecemento sobre os xenos humanos, na que conflúen varias disciplinas das ciencias da saúde.
- As **Fundacións Públicas Hospital de Verín, Hospital Virxe da Xunqueira, Hospital da Barbanza e Hospital do Salnés**, creadas co obxecto de que desempeñen, na súa área de influencia, actividades de promoción, prestación e xestión directa ou indirecta de recursos e servizos sanitarios, docencia e investigación, que se atopan en proceso de extinción, en virtude do aprobado no Decreto 183/2008 de 31 de xullo, de maneira que os bens, títulos ou dereitos pertencentes a cada fundación extinta, pasarán a integrarse no patrimonio da Xunta de Galicia, e quedarán adscritos ao Servizo Galego de Saúde (Art. 4.3), sen perxuízo na continuidade da actividade asistencial (Art. 4.4).

Previamente o Decreto 91/2007, de 26 de abril, establecera as bases dos procesos para a integración en réxime estatutario do persoal das fundacións públicas sanitarias.

Este decreto fora desenvolvido pola Orde de 14 de agosto de 2007 pola que se regula o procedemento de integración do personal da Fundación Pública Hospital Comarcal do Salnés, a Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira, a Fundación Pública Hospital da Barbanza, e a Fundación Pública Hospital de Verín.

Dentro do que é o Servizo Galego de Saúde a asistencia sanitaria xestiónase tamén de maneira territorializada a través do que se coñece como direccións de área, correspondentes a cada unha das áreas sanitarias. Galicia dispón dunha ordenación territorial da sanidade propia, organizada en áreas sanitarias e, dentro do seu ámbito, en distritos hospitalarios e zonas de atención primaria.

A Área Sanitaria é a demarcación territorial equivalente á área de saúde que establecía o artigo 56 da Lei 14/1986, do 25 de abril, Xeral de Sanidade e correspóndelle a xestión unitaria dos recursos sanitarios públicos do seu ámbito territorial, así como das prestacións e programas sanitarios que desenvolvan. O ámbito xeográfico determínase por decreto do Consello da Xunta, a proposta da Consellería de Sanidade, en función das necesidades sanitarias da comunidade autónoma e tendo en conta factores xeográficos, socioeconómicos, demográficos, laborais, meteorolóxicos e de dotación de vías e medios de comunicación.

As áreas sanitarias galegas son as seguintes: Ferrol, A Coruña, Cervo, Santiago de Compostela, Lugo, Salnés, Pontevedra, Vigo, Ourense, Monforte e Barco de Valdeorras.

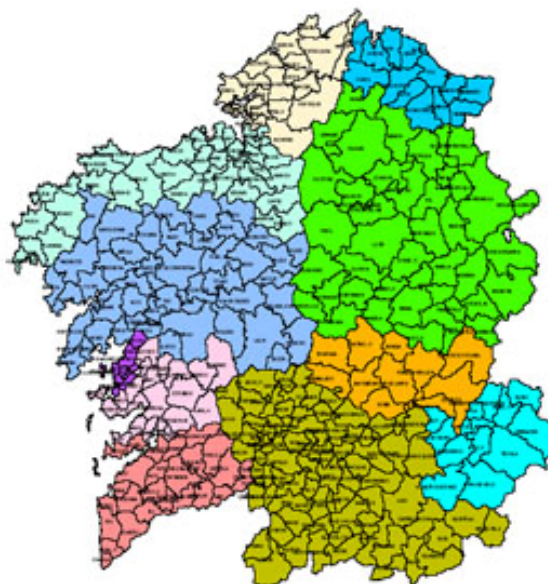


Figura nº 5. Mapa das áreas sanitarias de Galicia. Fonte: SERGAS

As áreas sanitarias inclúen á súa vez as zonas de atención primaria e as zonas de atención especializada, que é a que proporcionan os hospitais. Organízanse en dispositivos sanitarios aos que se lles encomenda a xestión unitaria de hospitais ou complexos hospitalarios e/ou a xestión integral dos recursos asistenciais de atención primaria do ámbito correspondente.

As zonas de atención primaria constitúen as unidades elementais onde se presta a atención primaria de saúde. Unha ou varias zonas de atención primaria poden estar agrupadas ou interrelacionadas para a prestación de servizos de apoio, incluíndo a atención continuada. A asistencia sanitaria primaria xestiónase a través de sete xerencias, as Xerencias de Atención Primaria de: Santiago, A Coruña, Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra e Vigo.

Por canto ós Recursos de Atención Primaria, segundo o informe *A Sanidade en Galicia. Resumo da actividade asistencial en 2006*²³, existen en Galicia 374 centros de saúde, 109 consultorios e 93 Puntos de Atención Continuada.

Centros de Atención Primaria (Galicia)	Nº
Centros de saúde ²⁴	374
Consultorios ²⁵	109
PAC	93
TOTAL	576

Táboa nº 18. Centros de Atención Primaria en Galicia en 2006. Elaboración propia.

Os distritos hospitalarios constitúen o marco territorial para a prestación da atención especializada de saúde, que constitúe o segundo nivel de acceso á atención sanitaria. Por tanto, ofrece apoio ao nivel de atención primaria mediante os seus recursos profesionais, tecnolóxicos e estruturais. A atención especializada comprende a atención hospitalaria, a atención ambulatoria, a atención de saúde mental, a atención a dependencias e condutas aditivas e a atención de urxencias.

²³ Elaborado pola Consellería de Sanidade e o SERGAS, en Xaneiro de 2007.

²⁴ O “centro de saúde” é definido no Real Decreto 1977/2003 como a “estrutura física e funcional que posibilita o desempeño dunha atención primaria de saúde coordinada globalmente, integral, permanente e continuada, e con base no traballo de equipo dos profesionais sanitarios e non sanitarios que actúan neles. Neles desenvolven as súas actividades e funcións os equipos de atención primaria”.

²⁵ O “consultorio de atención primaria” é definido no Real Decreto 1977/2003 como o “centro sanitario que, sen ter a consideración de centro de saúde, proporciona atención sanitaria non especializada no ámbito da atención primaria de saúde”.

Para a xestión da atención especializada existen as Xerencias hospitalarias de Atención Especializada, que se reparten entre os distintos grandes hospitais públicos de Galicia:

A Coruña Xerencia do Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña ²⁶ Xerencia da Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira
Ferrol Xerencia da área de Ferrol ²⁷
Santiago de Compostela Xerencia do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela Xerencia da Fundación Pública Hospital do Barbanza
Lugo Xerencia do Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo Xerencia do Hospital da Costa de Burela Xerencia do Hospital Comarcal de Monforte
Ourense Xerencia do Complexo Hospitalario de Ourense Xerencia do Hospital Comarcal de Valdeorras Xerencia da Fundación Pública Hospital de Verín
Pontevedra Xerencia do Complexo Hospitalario de Pontevedra Xerencia da Fundación Pública Hospital do Salnés
Vigo Xerencia do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

Táboa nº 19. Xerencias de Atención Especializada en Galicia. Elaboración propia.

A atención hospitalaria pública complétase coa atención hospitalaria brindada polos hospitais privados. Os hospitais públicos e privados en Galicia repártense, por provincias, do seguinte modo²⁸:

²⁶ Antes denominado Complexo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, cambiou o seu nome en Novembro de 2008, polo pasado falanxista da figura histórica que lle daba nome.

²⁷ O caso de Ferrol é particular xa que hai unha única xerencia para a Atención Primaria e a Especializada.

²⁸ Para a elaboración das seguintes táboas empregáronse dúas fontes:

- Consellería de Sanidade: *Catálogo de Hospitais de Galicia 2006*, Santiago de Compostela, 2007, con datos actualizados a 31 de Decembro de 2005. Neste tipo de documentos, é a fonte máis actualizada.
- SERGAS: *Memoria da actividade asistencial 2006*, Santiago de Compostela, 2008.

Provincia	Número de Hospitais Privados	Número de Hospitais Públicos	TOTAL
A Coruña	11	6	17
Lugo	3	3	6
Ourense	3	3	6
Pontevedra	13	3	16
GALICIA	30	15	45

Táboa nº 20. Hospitais públicos e privados por provincias. Elaboración propia.

As provincias de A Coruña e Pontevedra, que son as que teñen maior poboación son tamén, en consecuencia, as que dispoñen dun maior número de hospitais públicos e privados.

Baseándonos no censo do Catálogo Nacional de Hospitais 2008 elaborado polo Ministerio de Sanidade e Consumo²⁹ con datos a decembro de 2007 e feitos os axustes oportunos acontecidos durante o ano 2008³⁰, na actualidade a comunidade galega conta con 45 institucións hospitalarias.

Finalidade asistencial	Hospitais	Camas instaladas
Xerais	29	9680
Cirúrxicos	3	128
Médico – Cirúrxico	0	0
Materna e/ou Infantil	2	56
Maternal, Infantil		
Materno-Infantil		
Monográficos	3	109
Oftálmico u ORL		
Oncolóxico		
Outros monográficos		
Traumatolóxico e/ou Rehabilitación		
Xeriatría e/ou longa estancia	2	139
Rehabilitación Psico-física		
Xeriatría e/ou Larga Estancia		
Leprolóxico ou Dermatolóxico		
Psiquiátrico	6	466
TOTAL	45	10578

Táboa nº 21. Hospitais por finalidade asistencial en Galicia. Fonte: Catálogo Nacional de Hospitais 2008. Elaboración propia.

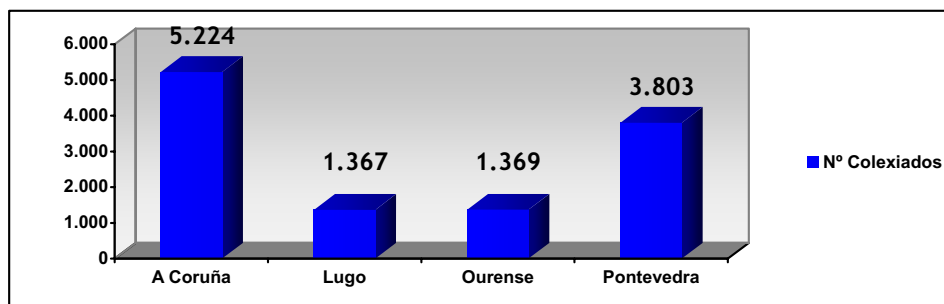
²⁹ Pode consultarse en <http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

En conxunto, por canto ós Recursos Humanos que traballan no SERGAS, estamos a falar dun conxunto de 39.071 empregados, sumando Atención Primaria e Especializada, e tanto persoal facultativo, como sanitario non facultativo ou non sanitario:

Recursos humanos de Atención Primaria e Especializada da Sanidade Pública Galega	N ^a
Persoal sanitario non facultativo	19.083
Persoal non sanitario	10.607
Persoal facultativo	8.255
Persoal de fundacións	1.605
Persoal directivo do SERGAS	151
TOTAL PERSOAL	39.701

Táboa nº 22. Recursos humanos do SERGAS en 2006. Elaboración propia.

En datos máis actualizados e referíndonos exclusivamente ós profesionais médicos, segundo se rexistra no INE, hai 11.763 médicos colexiados en Galicia, repartidos por provincias do seguinte xeito:



Gráfica nº 3. Médicos colexiados nas catro provincias de Galicia. Fonte: INE, 2007. Elaboración propia.

Todos estes datos debuxan, cuantitativamente, cales son os recursos cos que conta o Servizo Galego de Saúde para levar a cabo a atención sanitaria da poboación galega, a nivel de Atención Primaria e de Atención Especializada.

³⁰ O sanatorio Marecot (sito na provincia de Pontevedra) pechou por suspensión de pagos o 04/04/2008. Ademais, o Centro Médico La Rosaleda e o Instituto Policlínico de igual nome fundíronse no Hospital Policlínico La Rosaleda.

4.2.2. O HOSPITAL. HISTORIA, DEFINICIÓN, TIPOLOXÍA E FUNCIÓNS

En todo el mundo la palabra “hospital” sugería pestilencia y locura; muy poca gente hubiera ido a ellos de forma voluntaria, independientemente de si estaban bien equipados o de si funcionaban con eficacia. Hoy en día, casi todas las personas que tienen una enfermedad grave quieren ir al hospital.

Morris, Robert (1930)

La sociedad, en todos los tiempos y latitudes, acaba por crear aquellas instituciones que le resultan necesarias para su funcionamiento

B. Malinowski

A civilización grega identificaba a saúde e a enfermidade con diferentes deuses e heroes, sendo o máis importante deles Asclepio, en latín Esculapio, a quen arredor do ano 200 a. C. se lle rendía culto en todas as polis, sendo os seus templos máis célebres os da illa de Cos (berce de Hipócrates) e o de Epidauro, situado a 45 quilómetros de Atenas. Os peregrinos enfermos pasaban a noite nestes lugares, ante unha imaxe do deus, onde tiñan a esperanza de recibir unha visión curativa durante o sono.

Segundo acordo dos historiadores da medicina³¹, o primeiro fito na historia dos hospitais atopámolo na civilización grega, concretamente nos *xenodoquium*, nome co que os gregos denominaban 3000 anos antes de Cristo a aqueles lugares destinados á atención de feridos e enfermos de orixe estranxeira, probablemente porque os naturais de cada lugar recibían os coidados nos seus propios domicilios.

A civilización romana, pola súa banda, proporcionaba certos servizos hospitalarios ós escravos e militares. Así, existían as *valetudinarias* para os escravos e gladiadores feridos; os hospitais militares, que tiñan a finalidade de curar os soldados feridos para que puidesen voltar canto antes aos seus deberes; a casa do médico, onde o doente era recibido e tratado polo médico; e os templos de Esculapio, que se encargaban dos doentes moi graves ou que resultaban especialmente incómodos para as familias.

Os primeiros hospitais, aqueles que merecen tal nome, nacen co cristianismo durante o século cuarto. Así, trala conversión do emperador Constantino, construíronse hospitais a modo de organizacións caritativas, vinculadas polo xeral a ordes relixiosas.

³¹ O relato histórico que segue procede de: De la Garza (2000), Porter (2003), Pastor y Aldeguez (2007) e Enciclopedia Larousse (1982).

“Existe cierta controversia por lo que respecta a quien fundó el primer hospital cristiano, lo cual aparentemente sucedió entre los años 330 y 337 en Constantinopla, algunos se lo dan al emperador Constantino y otros a su madre Santa Elena” (De la Garza, 2000: 92).

Durante a Idade Media, establecéronse miles de hospitais grazas ás donacións dos benefactores e protexidos polas ordes relixiosas. A orde de San Benito, fundada no século VI, tivo entre as súas actividades máis importantes o coidado dos enfermos. No mosteiro de Cluny, existían diversas unidades cos seus aposentos: 1) o *infirmarium* dos monxes, ao oeste da igrexa; 2) o *Hospitale pauperum* para os pobres e os peregrinos ao oeste da igrexa; 3) a Hospedería ao noroeste da igrexa para os hóspedes nobres ou ricos; 4) a leprosería para os enfermos contaxiosos lonxe do recinto e 5) o Hospital para novicios e conversos.

O Islam tiña o mesmo punto de vista sobre a caridade relixiosa e a partir do século X houbo hospitais multifuncionais (bimaristans) no Cairo, Bagdag, Damasco e outras cidades musulmanas. Algúns deles empregáronse posteriormente para a ensinanza da medicina.

“La cultura árabe, sobre todo a partir del siglo VI, apoyó decididamente la creación de hospitales. Buena muestra de ello es que en tierras de lo que hoy conocemos como Irak y bajo el gobierno de Harun Al Raschid, había en toda la zona de influencia de la capital, Bagdag, hasta sesenta de estos centros. Más cerca, en la Córdoba del siglo X, además de una afamada Universidad, se pudieron contabilizar hasta cincuenta hospitales” (Pastor y Aldeguer, 2007:2).

Tamén na Idade Media, se construíron refuxios especializados para leprosos, as leproserías, co fin de confinar a enfermidade. En 1225, houbo en Europa ata 19.000 leproserías. Cando a lepra comezou a remitir, ditas instalacións serviron para acoller persoas con enfermidades infecciosas, con enfermidades mentais ou mesmo indixentes. No século XIV, co azote da peste, apareceron os lazaretos para cumprir as cuarentenas e protexer as cidades.

En xeral, a idea que se tiña dos hospitais era que desempeñaban un papel fundamental no coidado dos pobres, os anciáns, os tolos, os orfos, os vagabundos... No Reino Unido, as reformas de Enrique VIII e Eduardo VI (1536-1553) orixinaron a disolución dos mosteiros e houbo que pechar este tipo de acubillos porque a Coroa quedou coas terras e bens da Igrexa. Porén, algúns como St. Bartholomew, St. Thomas e a fundación Bethlem, o único manicomio que había en Inglaterra, volveron abrir as súas portas tras refundarse con estatutos laicos. Fóra de Londres non houbo ningún hospital médico en toda Gran Bretaña ate o 1700.

Os hospitais convertéronse ademais en proba de prestixio e de centralización para a Coroa. A xoia do continente europeo foi o Hospital Xeral de Viena con dúas mil camas e reconstruído en 1784 polo emperador José II. O mesmo fixo Federico o Grande co Charité de Berlín (1768) ou Catalina a Grande co Hospital Obuchov.

Tamén durante o século XVIII foron agromando os hospitais especializados, como as maternidades, os psiquiátricos ou os especializados en enfermidades venéreas.

Por suposto, os hospitais premodernos eran ben distintos ó que hoxe coñecemos. Proporcionaban algún tratamento, comida, refuxio e algunha posibilidade de recuperación, pero non eran centros de medicina avanzada. Os casos de infección eran rexeitados posto que non se gañaba nada deixando que as febres entrasen na institución: non podían tratarse e corríase o risco de que se propagaran. E seguían sendo para os pobres. Os ricos seguían as instrucións do médico na casa.

A aparición dos médicos nos hospitais fíxose gradualmente e, especialmente, grazas á necesidade que tiña a docencia de entrar en contacto cos casos prácticos do hospital. Arredor de 1800, o hospital deixou de ser o lugar da beneficencia e empezou a converterse na forza motriz da medicina que é hoxe. A observación en masa dos doentes implicou que as doenzas deixaron de ser entidades independentes e que a estatística podía identificar patróns representativos das enfermidades. Cando a partires da década de 1880, empezáronse a construír quirófanos estériles e ben equipados, os hospitais empezaron a ser máquinas de sandar e xunto ás camas gratuítas dos pobres, construíanse habitacións privadas para os doentes de pago.

Socialmente, foise aceptando que tanto os tratamentos das enfermidades que poñían a vida en perigo como os procedementos médicos realizábanse mellor dentro dun recinto organizado para elo: o hospital.

En España, o primeiro establecemento hospitalario que aparece documentado é o hospital fundado polo bispo Masona, c. 580, en Mérida. Na España califal, a existencia de hospitais públicos é hipotética. O documento máis antigo dun hospital hispanoárabe é o de Granada no século XIV.

Na España cristiá, xunto ós grandes mosteiros, apareceron refuxios para peregrinos e enfermos no traxecto do Camiño de Santiago. Cara ós séculos XI e XII aparecen os centros para acoller os enfermos de lepra. Na Baixa Idade Media, o hospital dependía polo xeral do municipio, que cedía os terreos onde construír as leproserías e albergues para as épocas de epidemias.

Co Renacemento, aparecen, ademais, os hospitais militares. Durante os séculos XVI e XVII aparecen numerosas ordes relixiosas e hospitalarias, como as fundadas por San Juan de Dios en Granada (1538) ou as fillas da Caridade, por San Vicente de Paúl (1633). Pero isto ten como consecuencia a dispersión dos recursos, ó multiplicarse as institucións menores en detrimento dos grandes centros.

Dende o século XIX, o hospital recibe máis recursos e a súa evolución é máis rápida. O hospital como centro de beneficencia comeza a ser substituído polo hospital moderno. Na segunda metade do século XX, o Estado tende a promover, controlar e planificar a rede hospitalaria.

Así pois, o hospital pasou de ser un refuxio para aqueles que carecían de fogar e de recursos económicos, para converterse nun centro de aplicación dos tratamentos médicos, de investigación na procura de solucións e de formación para os futuros médicos.

Etapas segundo o desenvolvemento organizativo	
Hospital-Caridade	Persoal voluntario, xeralmente a tempo parcial. Orientación relixiosa. Sen vías de financiamento propias, dependencia das doacións.
Hospital-Beneficencia	Filosofía representada por feitos como a Lei de Pobres, promulgada en España en tempos de Isabel II e na que se facía recaer a responsabilidade da atención ós desherdados sobre as parroquias.
Hospital asistencial	Concreción a nivel asistencial dos logros obtidos coa Revolución Francesa. Aparece a responsabilidade dos Estados na atención ós cidadáns.
Hospital-Empresa	Aplicación á institución hospitalaria das técnicas e métodos que se amosaron útiles noutros campos. Fitos desta etapa: <ul style="list-style-type: none"> - A diversificación profesional. - Gradación dos coidados en relación directa coa patoloxía do doente.
Hospital Integral	Ten como obxectivo a unidade asistencial, isto é, plantexa a asistencia dende os tres niveis: Preventivo, Asistencial e Rehabilitador, de maneira conxunta e simultánea.

Táboa nº 23. Etapas na evolución do Hospital segundo o desenvolvemento organizativo.
Fonte: Pastor y Aldeguer, 2007:3-4. Elaboración propia.

Na actualidade a imaxe do hospital é cuestionada xa non pola escaseza de recursos, senón pola deshumanización do trato que se lles outorga aos pacientes:

“ya no se critica que los hospitales sean las puertas de la muerte, sino que sean lugares sin alma, anónimos, con recursos mal utilizados y que se hayan convertido en una fábrica médica poco eficiente, donde se practica la medicina que la medicina exige, no la que necesitan los pacientes” (Porter, 2003: 231).

A institución hospitalaria, que naceu como lugar de acubillo, de refuxio e mesmo de marxinación, converteuse pouco a pouco no máximo expoñente de atención sanitaria. Pero debemos comezar a concretar: ¿a que chamamos hoxe en día hospital? ¿En qué se diferencia o hospital doutro tipo de establecementos sanitarios?

Vexamos as definicións que aportan os dicionarios, a Organización Mundial da Saúde e a normativa española vixente:

Entidade	Definición	Rasgos distintivos
RAE	“Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practica también la investigación y la enseñanza”.	Establecimiento + Diagnóstico e tratamento + Investigación e ensino
Maria Moliner	“Establecimiento sanitario público, de gran capacidad, con camas para que los enfermos puedan permanecer ingresados el tiempo que necesiten durante su tratamiento”	Establecimiento + Titularidade pública + Rexime de ingreso
OMS (apud Pastor y Aldegue, 2007:2)	“Parte integrante de la organización médico-social, cuya misión consiste en proporcionar una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva; el hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación médico-social”.	Asistencia médico-sanitaria completa (preventiva e curativa) + centro de formación e investigación
Lei Xeral de Sanidade (1986) Art. 65 Art. 68	“Establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiere su zona de influencia” “Los centros hospitalarios desarrollarán, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada área de salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria”	Establecimiento + Rexime de ingreso + Asistencia especializada + Promoción e prevención en materie da saúde + Investigación e docencia
Font (2006: 383)	“Los hospitales son organizaciones complejas en las que conviven muchos procesos y actividades. Junto a los procesos principales de atender la demanda asistencial, investigar/ desarrollar nuevos servicios y formar/ desarrollar profesionales, encontramos otros de soporte (...) como son disponer de servicios hoteleros, gestionar pacientes (sus flujos en el hospital) y gestionar recursos (disponer de información, infraestructura, etc.”	Organización + suma de procesos e actividades (asistencial, investigadora, formadora, hotelera e de xestión).
Rodríguez Marín, Neipp López (2008: 220)	“El hospital es una institución en la que las personas pueden obtener servicios sanitarios consistentes, básicamente, en el diagnóstico y	Institución + Servicios sanitarios (diagnóstico + cura +

	cura de las enfermedades, y también en la rehabilitación de determinadas capacidades transitorias (...) El hospital actual es, asimismo, un centro de investigación y de enseñanza, colaborando en la formación de los futuros profesionales sanitarios”.	rehabilitación) + Centro de investigación e formación
--	---	---

Táboa nº 24. Definicións de “hospital”. Elaboración propia.

A Lei Xeral da Seguridade Social explica que a atención hospitalaria é unha modalidade da atención médica que se fai efectiva fundamentalmente en réxime de internamento. Ese é o criterio que distingue fundamentalmente os hospitais dos centros de saúde, ambulatorios ou Puntos de Atención Continuada (PAC), recursos todos eles da Atención Primaria, que derivan os casos de maior gravidade, especialización e, moitas veces, consecuente internamento ós hospitais.

Os hospitais son, en termos xerais, organizacións complexas, creadas con recursos públicos ou privados, con finalidade lucrativa ou non, cunha múltiple ocupación:

- Proporcionar un réxime de internamento para os usuarios que así o precisen e prestar asistencia especializada en materia de saúde.
- Previr a enfermidade e curación e rehabilitar a saúde dos usuarios.
- Realizar actividades de investigación e/ou formación.
- Realizar actividades de promoción de hábitos saudables e de educación en saúde.

Os hospitais poden clasificarse en función de varios criterios³²:

- a) Función: Xerais (con especialidades médicas e cirúrxicas) ou Especiais / Monográficos (destinados a unha ou varias especialidades: psiquiatría, cirurxía, xeriátricos, materno-infantís...).
- b) Ámbito de actuación: Locais ou comarcais, Provinciais, Rexionais.
- c) Dependencia Patrimonial ou Funcional: Públicos (Seguridade Social, Militares...) e Privados (con ou sen ánimo de lucro: Igrexa, Cruz Vermella...).
- d) Nivel de asistencia: Baixa complexidade, Media Complexidade, Alta Complexidade.
- e) Pacientes: Agudos ou Crónicos.
- f) Número de camas:
 - Nivel I 1000 camas ou máis
 - Nivel II ... 500-999 camas
 - Nivel III... 250-499 camas
 - Nivel IV... 150-249 camas
 - Nivel V... ata 149 camas

En España, existen na actualidade, 915 hospitais³³ (Catálogo Nacional de Hospitais 2008), dos cales:

- Con respecto á súa función, a maioría son Xerais (un 62,4%); mentres que o 37,6% restante son monográficos (psiquiátricos, maternos, oncolóxicos, etc.)
- En función da súa dependencia funcional, un 41,1% dependen de entidades públicas; son privados non benéficos un 38,14%; un 18,36% son privados benéficos e un 2,4% dependen de Mutuas de Accidentes de Traballo e Enfermidades Profesionais.
- Por canto ao número de camas, un 2,3% son de nivel I; un 6% son de nivel II; un 10% son de nivel III; un 13,7% de nivel IV; mentres que a maioría (un 66,2%) son de nivel V³⁴.

4.2.2.1. ORGANIZACIÓN INTERNA DO HOSPITAL. ORGANIGRAMA. DOS MODELOS ORGANIZATIVOS TRADICIONAIS Á XESTIÓN CLÍNICA. PERSOAL HOSPITALARIO.

O organigrama dos hospitais do Servizo Galego de Saúde (Sergas) aparece regulamentado no Decreto 97/2001, do 22 de Marzo, de regulación básica dos órganos de dirección, asesoramento, calidade e participación das institucións hospitalarias do Servizo Galego de Saúde. No seu artigo 5, recóllese que a estrutura mínima dos órganos de dirección será a seguinte:

- a) **Xerencia.** Á fronte da xerencia, como máximo responsable e superior autoridade do hospital, estará o director xerente. O director xerente será nomeado polo conselleiro de Sanidade e Servizos Sociais. (art.8).

Son funcións do director xerente (art.9):

- 1) Desempeña-la representación do hospital.
- 2) Executa-las directrices sinaladas pola Consellería de Sanidade e Servizos Sociais e polo Servizo Galego de Saúde.
- 3) Ordena-los recursos humanos, físicos e financeiros do hospital mediante a programación, dirección, control e avaliación do seu funcionamento nas áreas, servizos e centros que o constitúen, e con respecto ós servizos que presta.
- 4) Elabora-la proposta de obxectivos e plans de actividades do hospital de acordo coas liñas establecidas polo Servizo Galego de Saúde.

³² A clasificación procede de *Instituciones sanitarias Servicio Gallego de Salud, Sergas: temario oficial oposiciones: personal estatutario, celadores (1999)*, Ourense, Grupo Academia Postal.

³³ Considerados individualmente, é dicir, sen facer a agrupación daqueles que pertencen ao mesmo complexo hospitalario.

³⁴ Hai que ter en conta que, agrupados en complexos hospitalarios, sumaríanse os números de camas de cada unha das entidades que os compoñen, polo que engrosaría a porcentaxe de hospitais dos niveis superiores.

- 5) Programar, dirixir e controla-la execución da actividade do hospital, a través dos seus medios persoais e materiais e a coordinación das súas unidades.
 - 6) Elabora-la proposta de anteproxecto de orzamentos e propoñe-la ordenación dos pagamentos dentro do seu orzamento de gastos.
 - 7) Elabora-la proposta de plans anuais económicos, de investigación e de docencia do hospital.
 - 8) Presentar periodicamente un informe de xestión, así como elabora-la memoria anual de actividades.
 - 9) Adopta-las medidas necesarias para garanti-la continuidade das actividades do hospital, especialmente en casos de emerxencias internas ou externas.
 - 10) Presidi-la comisión de Dirección.
 - 11) Elabora-la proposta de incentivos do persoal directivo do hospital, segundo os criterios establecidos polo Servizo Galego de Saúde.
 - 12) Propoñe-lo nomeamento e cesamento dos postos directivos do hospital.
 - 13) Impulsar e desenvolve-las áreas de xestión clínica no hospital.
 - 14) O director xerente poderá asumir directamente calquera das funcións asignadas neste decreto ás restantes direccións.
 - 15) Exercer calquera outra función que lle sexa delegada polos órganos competentes.
- b) **Dirección Médica.** Á fronte da Dirección de Médica estará o director médico. O director médico será nomeado polo conselleiro de Sanidade e Servizos Sociais a proposta do director xerente do hospital (art. 10).
- Son funcións do director médico (art.11):
- 1) Dirixir, coordinar e avalia-lo funcionamento das unidades e servizos médicos e outros servizos sanitarios do hospital.
 - 2) Elabora-la proposta de obxectivos para os servizos médicos e avalia-lo seu cumprimento.
 - 3) Dirixi-la implantación do programa de calidade.
 - 4) Establece-lo sistema de información para os servizos médicos.
 - 5) Colaborar na posta en marcha das áreas de xestión clínica.
 - 6) Promove-la implantación e avaliación do programa de investigación do hospital.
 - 7) Promove-la implantación e avaliación do programa de docencia pre-grao ou post-grao e na definición e avaliación dos plans docentes.
 - 8) Todas aquelas outras funcións que lle delegue o director xerente.
- c) **Dirección de Enfermería.** Á fronte da Dirección de Enfermería estará o director de enfermmería. O director de enfermmería será nomeado polo conselleiro de Sanidade e Servizos Sociais a proposta do director xerente do hospital (art. 12)

Son funcións do director de enfermería (art. 13):

- 1) Dirixir e avalia-las actividades de enfermería.
- 2) Dirixir, coordinar e avalia-lo funcionamento das unidades e servizos adscritos á súa dirección.
- 3) Executa-lo programa de calidade en coordinación co seu responsable.
- 4) Establece-lo sistema de información para os servizos de enfermería.
- 5) Colaborar na posta en marcha das áreas de xestión clínica.
- 6) Promocionar, impulsar, seguir e avalia-las actividades asistenciais, docentes e investigadoras desenvolvidas polo persoal de enfermería.
- 7) Todas aquelas outras funcións que lle delegue o director xerente.

- d) **Dirección de Xestión e Servizos Xerais.** Á fronte da Dirección de Xestión e Servizos Xerais estará o director de xestión e servizos xerais. O director de xestión e servizos xerais será nomeado polo conselleiro de Sanidade e Servizos Sociais a proposta do director xerente do hospital (art. 14).

Son funcións do director de xestión e servizos xerais (art. 15):

- 1) Proponer, dirixir e avalia-los plans económicos do hospital, elaboración do anteproxecto de orzamentos e proposta de inventario.
- 2) Desenvolve-la política de persoal e das relacións laborais.
- 3) Dirixi-la tramitación dos expedientes de contratación, así como formaliza-las propostas nos expedientes contables que deban imputarse con cargo ós orzamentos dos respectivos centros de gasto.
- 4) Diseñar, implantar, dirixir e controla-los plans de desempeño, promoción e incentivación do persoal e dos procesos de administración e xestión de persoal.
- 5) Dirección e xestión económica do hospital.
- 6) Diseñar, implantar, dirixir e controla-los sistemas de subministros, alimentación, lavandería e limpeza.
- 7) Asistencia técnico-administrativa ás demais direccións.
- 8) Promove-lo establecemento do sistema de información de persoal e de xestión.
- 9) Dirixi-la facturación a terceiros do hospital, correspondéndolle a formalización da facturación emitida.
- 10) Dirixir e controla-los sistemas de mantemento das instalacións e equipamento do hospital.
- 11) Todas aquelas outras funcións que lle delegue o director xerente.

No caso de que se considere oportuno existirán subdireccións, dependentes dos órganos de dirección.

Como órgano colexiado de dirección dos hospitais do Servizo Galego de Saúde establécese a comisión de dirección, presidida polo director xerente e constituída polos directores existentes. A comisión de dirección reunirase cunha periodicidade semanal e cando as circunstancias de especial interese ou urxencia así o aconsellen por criterio da presidencia (art. 17).

Son funcións da comisión de dirección (art. 18):

- 1) Estudia-los obxectivos sanitarios e plans económicos do hospital, instrumentando programas de dirección por obxectivos.
- 2) Realiza-lo seguimento das actividades dos servizos, unidades e áreas do hospital.
- 3) Estudia-las medidas para mellora-lo funcionamento sanitario e económico dos servizos, unidades e áreas do hospital e a súa ordenación e coordinación interna en función das necesidades da área sanitaria e das directrices do Servizo Galego de Saúde.
- 4) Análise e propostas sobre o orzamento anual e a política de persoal do hospital.
- 5) Estudiar e impulsa-las propostas que se eleven por parte dos órganos técnicos e de asesoramento.

Como órganos técnicos de asesoramento da comisión de dirección nos hospitais do Servizo Galego de Saúde estableceranse: a) A comisión de calidade; b) A comisión asistencial; c) Os comités técnico-sanitarios (art. 19).

Como órganos colexiados de participación nos hospitais do Servizo Galego de Saúde constitúense (art. 23):

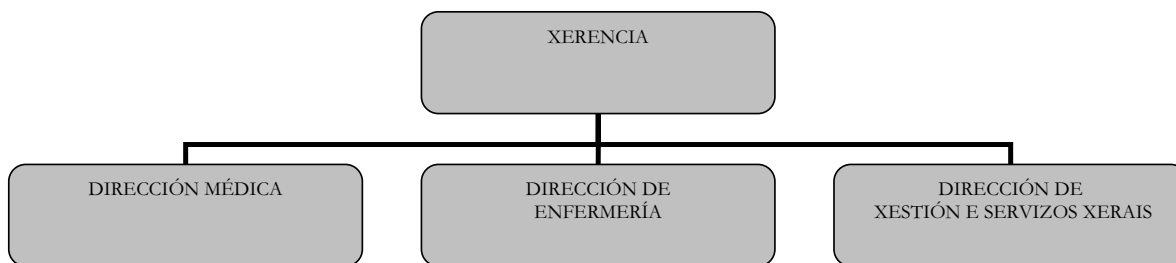
- a) O Comité de seguridade e saúde laboral.
- b) A comisión de participación cidadá dos usuarios.

O comité de seguridade e saúde laboral é o órgano colexiado de participación dos traballadores na prevención de riscos laborais (art. 24).

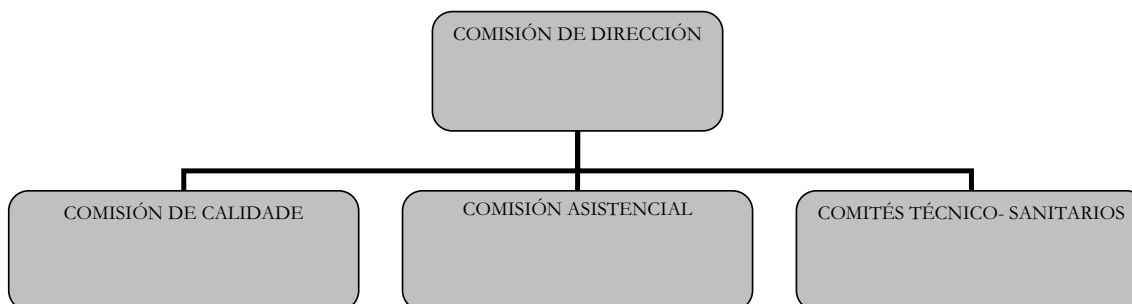
A Comisión de participación cidadá dos usuarios permitirá a representación cidadá a través de: Tres representantes de corporacións municipais da área de influencia do hospital, propostos polas propias corporacións; un representante de cada unha das asociacións de veciños máis representativas da área de influencia do hospital, ata un máximo de tres, propostos polas propias asociacións; un representante de cada unha das asociacións de empresarios máis representativas da área de influencia do hospital, ata un máximo de tres, propostos polas propias asociacións; en caso de hospitais universitarios, un representante da Xunta de Goberno da universidade (art. 25).

En resumo, o organigrama dun hospital do SERGAS tería unha estrutura mínima como a seguinte:

Órganos unipersoais



Órganos colexiados



Segundo Mintzberg (1984), a organización hospitalaria correspóndese co modelo da burocracia profesional, posto que o principal mecanismo de coordinación dos traballadores é a normalización das habilidades, é dicir, a súa formación. O núcleo de operacións é unha parte fundamental da organización³⁵, que opera cun gran control sobre a súa actividade e a súa xerarquía está baseada nunha estrutura sumamente descentralizada en sentido horizontal e vertical.

Respecto da rede de hospitais do Servizo Galego de Saúde, habería unha estrutura superposta, que Mintzberg (1984) denomina *forma divisional*, pois se trata dunha organización integrada de entidades semiautónomas, acopladas mediante unha estrutura administrativa central, o que non quita que cada unha das divisións –cada un dos hospitais- desenvolva a súa propia estrutura.

A especialización das funcións fai que exista ademais unha división funcional, na que se distinguen unha función asistencial (desempeñada polo departamento médico e de enfermería) e unha función

auxiliar (levada a cabo pola dirección de xestión e servizos xerais). Segundo Varo (1993), o feito de que a función asistencial a desempeñen dous departamentos paralelos e independentes entre si supón introducir un elemento extraño na cultura organizativa que dá lugar a disfuncións.

“la división de la función asistencial entre dos departamentos crea una serie de conflictos en el núcleo técnico y entre los mandos intermedios. En contraposición, la naturaleza del trabajo de los médicos y de los profesionales de enfermería les obliga a trabajar juntos y coordinados” (Varo, 1993: 130).

Para solucionar esas disfuncións, Varo (1993) recomenda unha organización matricial de carácter permanente, sacrificando o principio da unidade de mando polo de dobre autoridade, de maneira que un empregado pode depender dun xefe organicamente e doutro, funcionalmente.

Pola súa banda, Coe (1973) resaltaba como peculiariedade organizativa do hospital a existencia dunha dobre liña de autoridade referida á dirección de tipo administrativo, desempeñada polos xestores do hospital, e á dirección de tipo profesional, desempeñada ésta última polos profesionais médicos.

Historicamente, a estrutura dos hospitais sufríu unha importante evolución. Nos anos corenta, os médicos funcionaban individualmente, sen unha organización xerárquica interna, e os enfermeiros dependían funcionalmente dos médicos. Dende entón até o de agora, produciuse unha maior especialización funcional, así como o desenvolvemento de tres liñas xerárquicas, unha referida á xestión e as outras dúas á función asistencial: administración, departamento médico e departamento de enfermería, respectivamente.

Isto non fai senón subliñar a necesidade e a importancia dunha boa comunicación interna para evitar conflitos nas liñas de autoridade coexistentes, para que os equipos de traballo, compostos por membros de departamentos distintos, funcionen coordinadamente e para que exista un bo clima laboral, entre outras finalidades.

Na actualidade, ademais, estase comezando a introducir nos hospitais un instrumento de mellora da calidade, que se denomina *xestión clínica* e que supón que os clínicos, nomeadamente os médicos, se impliquen na xestión, é dicir, se responsabilicen na utilización dos recursos sanitarios. Desta maneira, pasan a crearse as *unidades de xestión clínica*. Isto implica unha maior descentralización do sistema administrativo e xerárquico, así como unha superación da tradicional división na liña administrativo-xestora, por unha banda, e a liña profesional-médica, pola outra.

³⁵ Pensemos que os Recursos Humanos dun hospital supoñen preto do 70% do seu orzamento (Granja Romero, 2002).

“La necesidad de optimizar los recursos hospitalarios, siempre escasos, y de subvenir las necesidades y nuevas expectativas de los pacientes exige que los profesionales se integren en la marcha del hospital, fundamentalmente asumiendo la gestión clínica y colaborando en la dirección estratégica de los centros” (Sanz et al, 2006: 168).

As principais etapas nos modos de organización funcional interna do hospital poderían ser as seguintes:

Evolución histórica	Tipo de dirección	Tipoloxía do persoal médico	Tipoloxía do equipo de xestión e de enfermería
1940/1970	Administrador encargado da administración do orzamento, das compras e suministros e da loxística da organización.	Médicos con funcionamento individual sen organización xerárquica nin traballo en equipo.	Enfermeiría dependente do administrador e funcionalmente do profesional médico.
1970/1985	Director médico con responsabilidade de coordinación sobre a estrutura administrativa. Administrador. Xefe de Enfermería.	Aparición dos servizos con desenvolvemento da estrutura xerárquica.	Desenvolvemento dos servizos técnicos con incorporación de especialistas non sanitarios a distintos niveis.
1985/1990	Dirección xerencia: dispón das funcións de autoridade e xestión, dependendo da estrutura central dos servizos sanitarios. A súa misión diríxese a un control de xestión da actividade, do seguimento orzamentario e das inversións. Director médico. Director de enfermería. Director de xestión e servizos xerais.	Estrutura xerárquica clásica coa consolidación da estrutura de xefes de servizo e xefes de sección. Desenvolvemento de especialistas funcionais dentro das áreas troncais dunha maneira moi rápida e progresiva.	Consolidación dun modelo de servizos non sanitarios con especialización en desenvolvemento. Forte consolidación dos equipos de enfermeiría que adoptan un papel central nesta evolución.

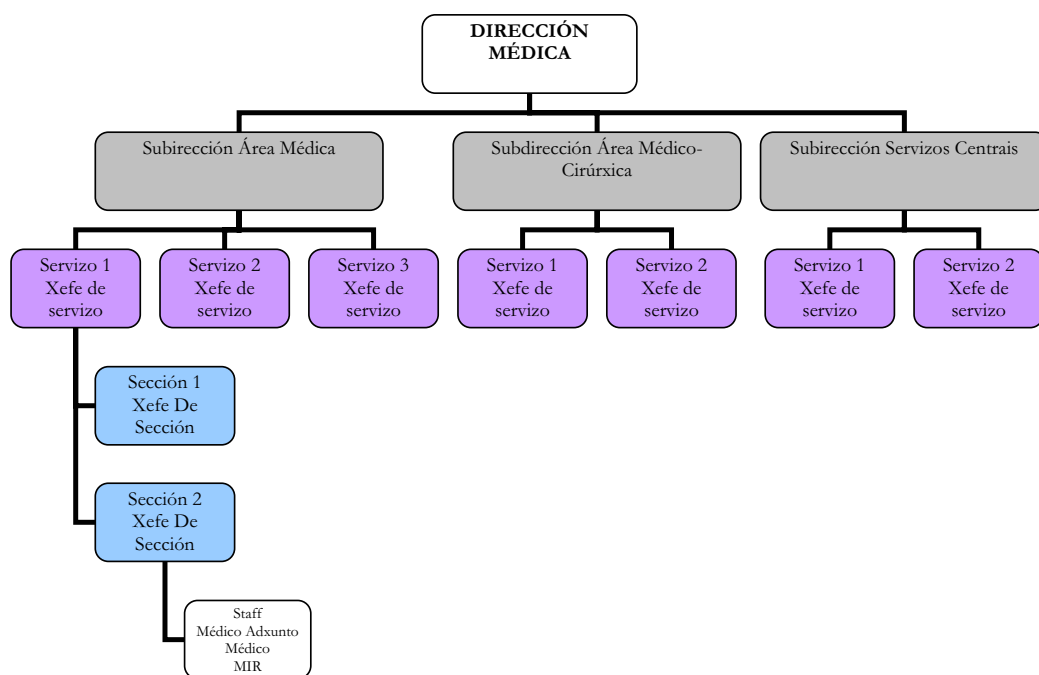
1990/2000	Dirección como liderazgo do equipo de xestión. A dirección xerencia funciona como líder dentro dun equipo onde se integran os outros directores. O proceso de toma de decisións baséase na información e a autoridade está soportada polo coñecemento.	Desenvolvemento dun sistema de carácter matricial con confluencia operativa de especialistas diversos. Forte introdución dos sistemas de medida da actividade e información clínica. Desenvolvemento dos sistemas de costes por procesos.	A Dirección de Enfermeiría consolídase incorporando políticas de calidade e de planificación de coidados.A Área de xestión adquire un desenvolvemento importante coa aparición das áreas técnicas.
1995...	Xestión clínica, goberno clínico. A xestión clínica desenvólvese como un elemento onde se reconece a necesidade de integrar a cultura clínica e a cultura de xestión.	Desenvolvemento das unidades de xestión clínica, áreas funcionais e institutos.	Continúa o proceso de profesionalización pero inda non se procedeu á ruptura cara a un modelo de xestión clínica integral.

Táboa nº 25. Evolución do papel directivo nos hospitais españois.
Fonte: Gálvez Zaloña, 2006: 315-316. Elaboración propia.

No esquema de organización tradicional do hospital, en consoancia coa división funcional, hai unha división por especialidades. Os servizos médicos coinciden polo xeral cunha especialidade ou subespecialidade médica. O número e as competencias dos servizos varía dun hospital a outro dependendo do tamaño e da complexidade que o caractericen.

“En los centros terciarios (hospitales regionales) pueden existir hasta 50 servicios clínicos, que suelen agruparse en divisiones: División de Medicina, División de Cirugía, de Servicios Centrales y Materno-Infantil. Por el contrario, los hospitales de menor complejidad se dividen en un área médica y una quirúrgica, y disponen de la colaboración de servicios comunes, como laboratorios y radiología”. (Sanz et al, 2006: 168).

O modelo tradicional, imperante nos hospitais do sistema sanitario español, baséase nun sistema de xerarquía liñal baseado en disciplinas profesionais e artellado en servizos clínicos que responden ás distintas especialidades médicas.



Organigrama nº 3. Organigrama tradicional da Dirección Médica dun Hospital. Elaboración propia.

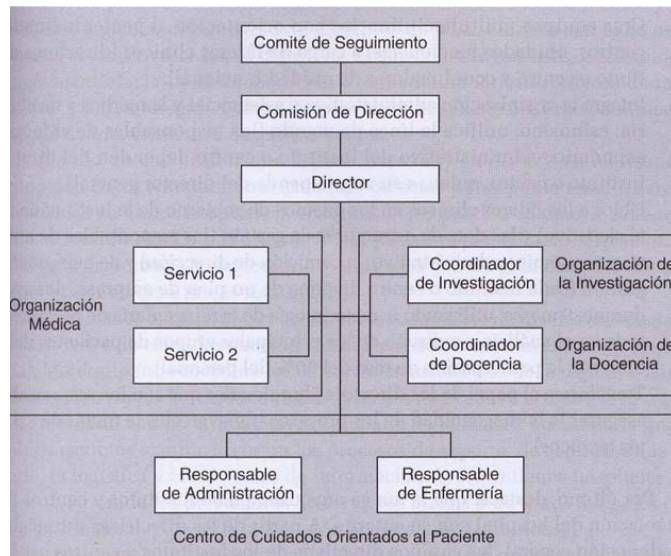
Dende a nova filosofía que implica a xestión clínica, considérase un modelo inadecuado dende o punto de vista asistencial, porque rompe a atención integral ao paciente e consolida unha división entre a atención médica, os coidados de enfermaría e a xestión de procesos de apoio ao proceso asistencial (Ruiz Iglesias, 2004).

Coa incorporación e extensión da organización baseada en unidades de xestión clínica, que tratarán enfermidades ou grupos de enfermidades dende unha perspectiva multidisciplinar, requirirase da colaboración e traballo conxunto de distintas especialidades médicas.

O hospital pasa a quedar dividido nun número de unidades clínicas ou directorios, cada un dos cales agrupa unha o máis especialidades similares. Os distintos servizos que configuran unha unidade nomean un director clínico, responsable do funcionamento e resultados da unidade ante a dirección do centro. O equipo directivo da unidade constitúeo, ademais do director, un director de enfermaría e un administrativo. A unidade clínica compóñena, ademais do persoal asistencial, todo o persoal de apoio que traballa nesa área funcional (Ruiz Iglesias, 2004).

O Hospital Clinic de Barcelona, por exemplo, transformou a súa organización tradicional nunha organización baseada en institutos ou centros³⁶. Os institutos son unidades organizativas que agrupan os servizos con sentido clínico e dimensión suficiente como para autoxestionarse³⁷.

Para facérmolos unha idea, vexamos como é a estrutura organizativa dun instituto do Hospital Clinic de Barcelona:



Organigrama nº 4. Organización dun Instituto no Hospital Clinic de Barcelona.
Fonte: Font, 2006: 393

Neste novo esquema organizativo, a Dirección Médica ocúpase de (Belenes e Huguet, 2006):

- a) liderazgo asistencial;
- b) garantía de calidade;
- c) docencia e investigación;
- d) comunicación e información xeral

A misión do director médico é a de conseguir un cambio cultural dos profesionais sanitarios onde a influencia da calidade da asistencia e do concepto de equipo de traballo centrado no paciente sexan os elementos fundamentais. A Dirección Médica debería apostar por unha maior descentralización, que podería conseguirse a través dos seguintes principios (Gálvez Zaloña, 2006: 332):

³⁶ En Galicia, a experiencia máis destacable neste senso é a realizada no Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña, na denominada Área do Corazón.

³⁷ Os institutos que o compoñen son: Instituto de Enfermidades Dixestivas e Metabolismo, Instituto de Neurociencias, Instituto de Nefroloxía-Uroloxía, Instituto do Tórax, Instituto de Xinecoloxía, Obstetricia e Neonatología, Instituto de Enfermidades Hemato-Oncolóxicas, Instituto de Medicina e Dermatoloxía e Instituto de Especialidades Médico-Quirúrxicas.

1. Establecemento dun sistema de control por resultados a través dun cadro de mandos onde se fixen os obxectivos asistenciais de calidade, de coste e de rendemento.
2. Considerar o coñecemento clínico como base para a toma de decisións e impulsar unha xestión baseada na evidencia.
3. Delegar responsabilidade nos directores da área funcional, establecendo un clima de confianza que permita unha asunción conxunta da transferencia de riscos.
4. Enfoque de traballo en equipo, co establecemento dun comité de dirección que integre a profesionais das diferentes áreas, logrando a súa implicación e motivación.
5. Manter un discurso sólido e coherente entre os valores que se expresan e as actuacións que se levan a cabo: a dirección médica como referente ético.

A Dirección de Enfermería, pola súa banda, sería responsable de (Belenes e Huguet, 2006):

- a) calidade das prácticas propias de enfermmería;
- b) selección de profesionais de acordo coas necesidades asistenciais;
- c) diseminación e cumprimento dos protocolos transversais.

A función da Dirección de Enfermería será

“proporcionar el servicio requerido, con la calidad adecuada, normalizando procesos y adecuando los perfiles profesionales necesarios. Será la responsable de establecer una filosofía propia de enfermmería y un modelo de cuidados que sirvan como marco de referencia al conjunto de profesionales de la División de Enfermería” (Sarrionandía, 2000: 401).

Son áreas de responsabilidade da Supervisión de Enfermería (Sarrionandía, 2000):

- A motivación do seu equipo, enfermeras e auxiliares para que traballen coa máxima eficacia.
- Fixación de estándares de calidade.
- Establecer indicadores de resultados de calidade.
- Establecemento de procedementos, protocolos e normas de actuación.
- Avaliación continua en aspectos de calidade asistencial.
- Relacións de xerarquías e interniveis.
- Asegurar a elaboración de planes de cuidados estandarizados e individualizados así como a súa axeitada aplicación e avaliación.
- Establecer as coberturas necesarias do plantel da súa Unidade para coidar axeitadamente todos os postos de traballo e todas as quendas durante as 24 horas do día.
- A xestión dos cuidados enfermeros, buscando o equilibrio entre produción, calidade e costes.
- Establecer a carteira de servizos de enfermeiros.

- Establecer programas de formación continua na súa unidade.
- Impulsar actividade de docencia e investigación.

A Asociación Nacional de Directivos de Enfermería plantexaba nun informe as medidas necesarias para mellorar a xestión destes servizos (Sarrionandía, 2000:402):

- Flexibilizar as súas estruturas;
- Diminuír os niveis xerárquicos;
- Potenciar mecanismos de coordinación;
- Establecer liñas concretas de produto ou proxectos;
- Xestión práctica en Dirección Participativa por Obxectivos;
- Desenvolvemento de plans de marketing;
- Mellora da comunicación interna;

A Comunicación, polo tanto, estará presente de modo ineludible nas actividades a desenvolver e a mellorar tanto por parte da Dirección Médica como da Dirección de Enfermería, sendo unha habilidade necesaria nas actividades de liderazgo, de motivación, de coordinación e de supervisión das tarefas.

Ademais, ambos equipos, Dirección Médica e Dirección de Enfermería, traballarán xuntos ó servizo do Usuario e canto mellor sexa a coordinación, a comunicación e a relación entre eles, mellor será tamén o resultado percibido polo paciente, tanto no tratamento asistencial como no trato humano.

“El Jefe Clínico, junto con la Supervisión de Enfermería, deberán ser capaces de crear un equipo motivado, basado en el proceso asistencial, que se fije objetivos a alcanzar y que, una vez cumplidas las expectativas, se produzca el reconocimiento por la labor desarrollada” (Sarrionandía, 2000: 404).

Por canto á vinculación contractual dos empregados do hospital público, non todos os empregados teñen o mesmo tipo de relación contractual co hospital, senón que conviven diversas situacións contractuais, distinguindo fundamentalmente (Gómez de Hita et al., 2007:458-460):

1. Persoal funcionario. Persoal dos Servizos Centrais dos Sistemas de Saúde da maioría das Comunidades Autónomas.
2. Persoal en réxime de Dereito Laboral. É o réxime do Servizo Catalán de Saúde, do Servizo de Saúde do Principado de Asturias e do Servizo Balear de Saúde. É o réxime dos hospitais creados polas Comunidades Autónomas en réxime de concesión administrativa. Tamén se regula así a relación cos Médicos Internos Residentes.

3. Persoal estatutario³⁸. A maior parte dos profesionais sanitarios do Sistema Nacional de Saúde sométese ó réxime estatutario. A diferenza fundamental co persoal funcionario é que permite compatibilizar a actividade pública coa privada.

No Estatuto Marco (Cap. II, art. 5 a 9), realízase unha clasificación dos profesionais do SNS tendo en conta os seguintes criterios:

1. Función realizada: Persoal sanitario e persoal de administración e servizos.
2. Nivel de formación (dentro de ambos grupos):
 - Persoal de Formación Universitaria:
 - Licenciados.
 - Diplomados.
 - Persoal de Formación profesional:
 - Técnicos superiores.
 - Técnicos.
 - Outro persoal (categoría incluída no persoal de administración e servizos).
3. Estabilidade no emprego.
 - Persoal estatutario fixo. Nomeamento con carácter permanente.
 - Persoal estatutario temporal. Nomeamento temporal, por razóns de necesidade ou urxencia, ou para o desenvolvemento dun determinado programa.

Nun hospital do Sistema Nacional de Saúde, atoparemos dúas grandes tipoloxías de persoal: persoal sanitario e non sanitario (de xestión e servizos). As categorías habituais dentro destes dous ámbitos serán as seguintes:

³⁸ O marco regulador vén dado polo Estatuto Marco do Persoal Estatutario dos Servizos de Saúde, aprobado pola Lei 55/2003 de 16 de decembro.

Persoal Sanitario	Persoal de xestión e servizos
Licenciado <ul style="list-style-type: none"> - Facultativo especialista de área. - Médico xeral hospitalario/ Médico de Urgencias hospitalario. - Médico de admisión e documentación clínica. Diplomado <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro. - Fisioterapeuta. - Terapeuta ocupacional. - Matrona. Formación Profesional Técnica Superior <ul style="list-style-type: none"> - Técnico especialista: dietética, anatomía patolóxica, laboratorio, radioterapia, etc. Formación Profesional Técnica <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar de enfermería. 	Licenciado ³⁹ <ul style="list-style-type: none"> - Enxeñeiro. - Técnicos de función administrativa e técnicos de mantemento/ electromedicina. Diplomado <ul style="list-style-type: none"> - Enxeñeiro técnico. - Grupo de xestión da ate o de agora denominada función administrativa. - Traballador social. Formación Profesional Técnica Superior <ul style="list-style-type: none"> - Administrativo. - Maestro industrial. - Cocinero. Formación Profesional Técnica <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar administrativo. - Albanel, carpinteiro, electricista, xardineiro, mecánico, pintor, telefonista... Outro persoal <ul style="list-style-type: none"> - Celador. - Persoal de lavandería e planchado. - Pinche.

Táboa nº 26. Categorías do persoal dun hospital do SNS. Elaboración propia.

O hospital público e privado presenta un importante reto a nivel organizativo: a convivencia de profesionais de diferente formación e categoría laboral, que deben traballar conxuntamente para prestarlle o servizo requerido ao usuario, de maneira eficiente e tendo en conta as súas necesidades.

Nestas coordenadas, a Comunicación debера ser unha liña estratéxica prioritaria para a Xerencia para lograr o entendemento e a cooperación –o establecemento dun modelo bidireccional simétrico- cos interlocutores internos e externos da organización que dirixe.

³⁹ É nesta categoría onde debера incluírse a figura do Dircom do hospital, cun recoñecemento propio.

4.3. O SERVIZO HOSPITALARIO

Cada organización –cada empresa e cada institución– presenta unha serie de particularidades vinculadas ó sector no que traballa, ó tipo de actividade que desenvolve, ó tipo de profesionais que necesita, á variedade e tipoloxía de públicos (internos e externos) ós que se dirixe, ás peculiaridades organizativas, etc. e todas estas circunstancias inciden na política comunicativa que leva a cabo.

A institución hospitalaria adócase á prestación dun servizo prioritario que consiste na correcta atención sanitaria (preventiva, curativa e rehabilitadora) a un grupo de poboación que así o require. Na prestación de dito servizo precísanse certo tipo de produtos: unha radiografía, uns análises, unha receita... que son instrumentos intermediarios necesarios para a prestación do servizo, pero non constitúen o servizo en si mesmo.

Os servizos presentan unha serie de características que teñen as súas repercusións na xestión da entidade prestataria (Ribera et al 2006):

1. Intanxibilidade: O cliente xulga o servizo non só pola adquisición ou transferencia dun ben material, senón polas características do propio proceso de prestación do servizo que non supoñen ningunha transferencia física tanxible (ex. Trato acolledor). As implicacións da natureza intanxible do servizo son importantes:
 - Disminúe a capacidade do cliente para avaliar a calidade do que se consume. O cliente baséase en criterios máis subxectivos para o seu xuízo e pon máis peso na experiencia vivida ao longo do proceso.
 - Como o cliente xulga o servizo de maneira máis subxectiva, o prestador do servizo atópase con maior dificultade para medir a verdadeira calidade do servizo que ofrece e percibir a satisfacción do cliente. Por iso, entender as expectativas e as percepcións do cliente resulta moi importante á hora de avaliar a calidade.
 - As recomendacións e os xuízos de terceiras persoas son moi importantes e, polo tanto, os pacientes anteriores e o persoal sanitario (médicos, enfermeiras) desempeñan un papel importante como posibles prescritores do servizo.
 - Ante o descoñecemento do proceso médico, non resulta raro que o paciente poña un gran peso na súa experiencia persoal durante o proceso de servizo e non só no resultado final.
2. Interacción. O cliente é o produto transformado, o que implica:
 - A prestación do servizo é heteroxénea xa que debe amoldarse ás necesidades individuais de cada paciente.

- A interacción directa facilita a persoalización do servizo ás necesidades variables de cada cliente. Deben crearse non obstante certos estándares e perfís de servizo para garantir a consistencia e calidade percibida.
- A interacción directa entre cliente e empregado fai que a satisfacción do cliente estea directamente ligada coa imaxe e traballo do empregado.
- Non todas as actividades propias do servizo deben realizarse en presenza do cliente. Hai que decidir unha liña de visibilidade adecuada, é dicir, que fases do proceso deben ser visibles ao cliente e cales non.

3. Inmediatez: Simultaneidade da produción e do consumo en tempo e espazo.

Implicacións:

- Os controis de calidade non poden realizarse a priori.
- A percepción de todos os aspectos do proceso por parte do cliente é crucial. En especial, a duración dos tempos xa que as esperas e ineficiencias no servizo fanse perfectamente evidentes ao cliente, que é quen as padece.

En resumo, as consecuencias máis importantes derivadas da natureza dos servizos son:

Natureza	Consecuencia
Intanxibilidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade de avalización do cliente máis subxectiva (experiencia, confianza). ▪ Control da calidade máis difícil. ▪ Avaliación da satisfacción do cliente máis difícil. ▪ Difícil patentar estándares de servizo.
Interacción cliente-proceso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestación homoxénea (cultural, sexo, idade, aspectos persoais). ▪ Necesidade de deseñar unha interfaz máis humana. ▪ Grande impacto da satisfacción do empregado na percepción do cliente. ▪ Grao de persoalización elevado. ▪ Perigo de inconsistencia na prestación. ▪ Posibilidade de autoservizo.
Simultaneidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Axuste demanda-oferta (capacidade, xestión de colas). ▪ Eliminación da produción centralizada (escasas economías de escala). ▪ Xestión de crecemento máis difícil. ▪ Control de calidade a posteriori. ▪ Importancia das esperas e ineficiencias do proceso.

Táboa nº 27. Características dos servizos e implicacións para a xestión.
Fonte: Ribera et al, 2006: 86

O servizo sanitario, en concreto, pode ser singularizado nunha serie de riscos específicos (Corella, 1998):

1. Experiencia persoal ou “posesión experimentada”.
2. Afecta as persoas (fronte a aqueles servizos que afectan os bens).
3. Ten carácter individual.
4. Ten efectos físicos e mentais, permanentes ou temporais.
5. Require de persoal cualificado.
6. Prodúcese un alto contacto co cliente.
7. Presenza necesaria do cliente (paciente).
8. Satisfacción de necesidades persoais fronte a comerciais.
9. Relación continua entre cliente (paciente) e provedor (persoal facultativo e de enfermería).
10. Consumo independente fronte a colectivo.
11. Accións tanxibles sobre persoas.
12. Adaptación do servizo ao cliente.
13. Servizo entregado nas instalacións do provedor (excepcionalmente, do cliente).
14. Alto grao de intensidade de man de obra.
15. Importancia da interacción entre produtor/ consumidor.

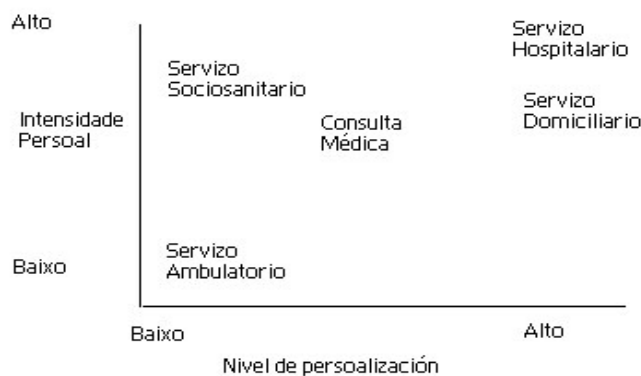
O servizo que presta o hospital é un servizo diferente ao que proporcionan outras empresas ou institucións, primeiramente, porque a necesidade que o orixina, a de rehabilitación ou vixiancia do estado de saúde da poboación, é unha necesidade “especial”:

- É unha necesidade básica, da que non se pode prescindir ou aprazar, se a persoa está enferma e isto lle impide continuar coa súa vida con normalidade.
- É unha necesidade garantida polo Estado, alomenos en España, polo que, se paga indirectamente a través dos impostos (existe, non obstante, a posibilidade de acudir a un centro hospitalario privado).
- É unha necesidade universal, pois persoas de todas as idades e de ambos xéneros precisarán dar resposta a esta necesidade nalgún momento da súa vida.

Na clasificación dos servizos proposta por Ruiz (1990), sería un servizo puro de alto grao de contacto. Os servizos puros serían aqueles nos que o servizo é a entidade primaria que se vende ou ofrece. Os servizos de alto grao de contacto implican a constante presenza do cliente no proceso de prestación do servizo. Os servizos de alto grao de contacto presentan catro características xerais (Ruiz, 1990):

- Están máis suxeitos a incertidume nas operacións de rutina, dende o momento en que o usuario pode intervir ou algo pode producir unha irrupción en calquer momento.
- É moi raro que nos servizos de alto contacto se dispoña dunha capacidade adecuada para dar resposta á demanda cando se presentan certos picos. En xeral, poderase calcular a súa aparición por experiencia ou análise estatística dentro dun grao de probabilidade que non é exacto (Ex. Pensemos no “calendario” de hospitais e centros de saúde que fai que a gripe sature as urxencias nunha determinada época do ano).
- Requírese dunha dotación de persoal con características destacadas na área de relacións humanas ou públicas.
- Os servizos de alto grao de contacto están máis a merced do factor tempo que os de baixo contacto.

O servizo sanitario é prestado por centros de saúde, ambulatorios, puntos de atención continuada, consultas médicas, clínicas privadas e hospitais. En todas estas entidades traballan profesionais cualificados e formados para atender as necesidades sanitarias dos cidadáns.



Esquema nº 16. Nivel de intensidade e persoalización nos servizos sanitarios.
Fonte: Ribera et al., 2006: 88. Elaboración propia.

No caso do servizo prestado en contexto de hospitalización, o servizo sanitario faise máis complexo e complétase con servizos adicionais para os pacientes que requiren ser ingresados (ubicación, instalacións, comidas, comodidade, etc.). Ademais está o que bautizamos como “servizo catalizador”, é dicir, a comunicación entre o persoal e o usuario, pois é un *plus* que se lle proporciona ao cliente e que revaloriza o servizo.

“Ya sabemos que los cuidados hospitalarios son tan importantes como las curas hospitalarias, e incluso la atención y la información que reciben los familiares del paciente son tan importantes como el servicio, ya que llegan a formar parte de él. Esto supone que los individuos quieren que se los trate como tales, y no como objetos ni como sujetos de la burocracia administrativa” (Costa, 1995: 163)

No servizo hospitalario global conflúen:

- O servizo médico (a restauración/ comprobación do estado de saúde do usuario);
- Os servizos complementarios (de aloxamento, de limpeza, de comidas...), que gañan importancia en caso de ingreso no hospital;
- O servizo catalizador (a comunicación). A Comunicación é o elemento que aporta valor engadido ao servizo hospitalario, pois a través da comunicación pode adaptarse o servizo á idiosincrasia e necesidades de cada paciente.

Servizo Médico + (Servizos Adicionais) + Servizo Catalizador= Servizo Hospitalario

Esquema nº 17. Servizos que compoñen o servizo Hospitalario. Elaboración propia.

A Comunicación, polo tanto, forma parte do servizo que se lle presta ao usuario do hospital en diversos sentidos:

- Como base da relación entre os profesionais sanitarios e o usuario e, polo tanto, como parte do Servizo Médico: entrevista para a redacción da historia clínica, prescripción de medicamentos, etc.
- Como parte do servizo “identificable” polo usuario: este pode descoñecer os pormenores médicos do servizo, pero sabe se considera que foi ben ou mal tratado e ben ou mal informado.
- Como elemento que facilita a súa adaptación ao proceso de hospitalización, contribuíndo a incrementar a súa satisfacción co servizo global prestado.
- Como elemento educativo, pois constitúe unha importante ferramenta para axudar a converter o hospital nunha institución eficiente na promoción de hábitos saudables.

Ademais, a Comunicación contribúe a axudar ás organizacións adicadas á prestación do servizo hospitalario, a conseguir tres obxectivos xerais aos que tenden as empresas de servizos: a diferenciación, a persoalización do servizo e a humanización da empresa ou institución; en poucas palabras, a súa orientación ao usuario-cliente.

Todo isto redundará nunha mellora da calidade percibida⁴⁰ polos usuarios.

1) Por canto á diferenciación, ésta pode conseguirse de tres formas: a través das persoas, a través do medio físico e a través do proceso produtivo (Corella, 1998):

- Diferenciarse a través das persoas implica ter un persoal formado e capacitado no alto grao de contacto cos usuarios.
- Diferenciarse a través do medio físico conleva que o entorno físico do usuario presenta unhas características superiores ás de outras organizacións.
- Diferenciarse no proceso produtivo significa realizar o proceso produtivo nun marco que ofrezca as maiores comodidades posibles ao paciente por canto a protocolos de actuación, evitar a dor, información permanente, etc.

2) Ademais de diferenciarnos das outras empresas e institucións, canto máis se adecúe o servizo ás necesidades do usuario, maior será o seu grao de satisfacción. A comunicación permite persoalizar o servizo hospitalario. Para iso, o primeiro que debe existir é vontade de orientación ás necesidades dos usuarios, vontade de satisfacción, polo tanto. Consecuentemente, existirá vontade de comunicación por parte do persoal, que non só dependerá da persoalidade ou carácter da persoa en cuestión, senón da formación que recibira a ese respecto e de aspectos corporativos como a cultura, o clima, a motivación e satisfacción laboral, etc.

“tanto el personal de base, como los cuadros y la propia dirección, tienen que pensar, decidir y optar continuamente por aquellas alternativas de servicio, que mejor mejor satisfagan los deseos y necesidades –expresados o no- de sus clientes” (Valls Roig, 1999: 136).

“El usuario de cualquier servicio sólo queda satisfecho si obtiene lo que desea cuando lo desea y en la forma que lo desea” (Corella, 1998: 155).

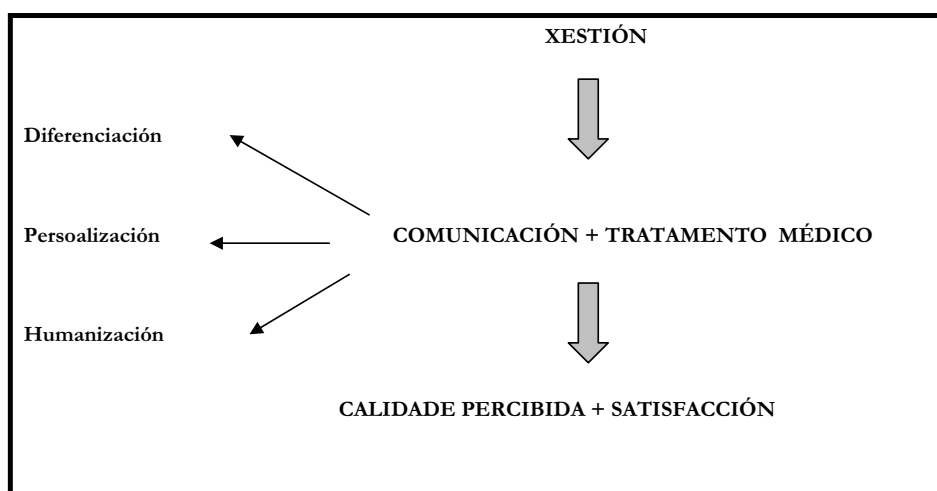
3) A Humanización da empresa ou institución. Os recursos humanos do hospital son os embaixadores da institución perante os usuarios. Se estes se sinten partícipes do proxecto do hospital, se se sinten escoitados, informados, identificados coa institución para a cal traballan, realizarán máis a gusto o seu traballo e contaxiarán ese sentimento de orgullo de pertenza aos usuarios cos que entren en contacto.

A Comunicación, por tanto, resulta fundamental para conseguir diferenciarse, persoalizar o servizo e humanizar a institución. O resultado será percibido polos usuarios, que se farán unha imaxe positiva da institución que lles prestou o servizo. O obxectivo é o de igualar ou superar as

⁴⁰ “Satisfacción del usuario respecto al servicio recibido. Componente humanitario que integra el trato, la información, las condiciones ambientales, las instalaciones y la hostelería. Suele ser la dimensión más valorada por el paciente-usuario” (Font: 2006: 303).

expectativas que se formou o usuario en base ao que lle contaron e á imaxe percibida, posto que se a percepción da calidade é inferior ás expectativas, será xulgado negativamente. Para iso é necesario coñecer a opinión do usuario por canto á súa satisfacción co servizo prestado.

A Comunicación ten que ser concibida, xa que logo, como ferramenta da xestión do hospital que permite incrementar a “calidade percibida” polos usuarios e o seu nivel de satisfacción.



Esquema nº 18. A Comunicación ao servizo da calidade percibida. Elaboración propia.

4.4. O GABINETE DE COMUNICACIÓN DO HOSPITAL. PÚBLICOS E VERTENTES COMUNICATIVAS

Por outra banda, o hospital non só mantén relación cos seus usuarios, senón que como institución, tamén debe relacionarse coa sociedade, con organismos públicos e privados, con asociacións cidadás, etc. A Comunicación será a ponte que facilite estas relacións dentro do mundo interno e entre este e o mundo externo. As necesidades comunicativas internas e externas do hospital conducen, necesariamente, á creación dun departamento encargado de deseñar, planificar, executar, avaliar e coordinar a estratexia comunicativa –cara adentro e cara a fóra- que desexa levarse a cabo.

Con este obxectivo van nacemento nos hospitais gabinetes de comunicación, aínda que en España a creación destes departamentos iniciouse fai apenas dúas décadas:

“los hospitales públicos comenzaron a incorporar en la década de los 90 la gestión de la comunicación entre sus prioridades al objeto de llegar de forma

más directa y nítida a los ciudadanos y, paralelamente, obtener los beneficios de una imagen positiva de la gestión realizada” (González Borjas, 2004: 308).

O grao de conciencia da importancia da Comunicación Institucional no ámbito hospitalario podería ser categorizado en cinco posibles estadios, en relación coa variable *presenza/ ausencia* da figura do Gabinete de Comunicación e das funcións que éste desempeña. Así, distinguimos as seguintes posibilidades:

- O gabinete de comunicación é un departamento estable, dependente directamente da xerencia do hospital e dotado de recursos (materiais e humanos) para a realización do seu traballo. Participa na estratexia funcional da organización, mellorando a comunicación externa, intermedia e interna. Sería o estado ideal, pois o gabinete de comunicación estaría en situación de poder aplicar unha política comunicativa integral, instrumentada, programada e coherente, servindo así á estratexia xeral da institución.
- O hospital conta cun gabinete de comunicación externalizado, que se ocupa fundamentalmente da Comunicación Externa. Desta maneira, o hospital solventa as relacións informativas cos medios, pero carece dunha política comunicativa como tal, descoidando as áreas de Comunicación Intermedia e Interna.
- As tarefas de comunicación efectúanas persoas doutro departamento do organismo de modo ocasional ou habitual (ex. Xerencia ou Dirección Médica), quen non está dotado dos recursos materiais e humanos necesarios, nin dispón da preparación nin do tempo suficiente para realizar este traballo. O hospital, probablemente, limítase a reaccionar (cos recursos dos que dispón) ante a iniciativa dos medios de comunicación. É un estadio moi elemental e pouco desexable.
- Non se levan a cabo tarefas de comunicación porque non se consideran importantes ou non se dispón dos recursos suficientes. Este último *estadio* sería o máis pobre e o menos desexable para calquer hospital.

Nivel de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria	Departamento encargado da comunicación	Integración na Institución	Profesionalidade	Actitude	Papel estratéxico da Comunicación
Alto	Gabinete de Comunicación	Alta	Alta	Proactiva/ Reactiva	Si
Medio-baixo	Asesoría de Comunicación	Baixa	Alta	Proactiva/ Reactiva	Non
Baixo	Outro Departamento	Alta	Baixa	Reactiva	Non
Inexistente	Ningún Departamento	-	-	Nula	Non

Táboa nº 28. Grao de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria. Elaboración propia.

A conciencia da necesidade do Gabinete de Comunicación e o seu papel central no ámbito hospitalario depende da filosofía de cada hospital e do seu equipo de goberno, aínda que a tendencia confirma que son cada vez menos os hospitais que carecen dun Departamento de Comunicación.

“Hoy el gerente del hospital ya tiene asumida la necesidad de comunicación como un instrumento valioso de la gestión, el porqué y para qué la precisa: sabe que el desarrollo de una organización de estilo participativo debe contar con un sistema de comunicación interna. También es consciente de que para hacer efectiva una política que haga del usuario/cliente el verdadero eje de la organización, las técnicas comunicacionales juegan un papel indispensable. Y finalmente está convencido de que la organización tiene que extrovertirse, que un hospital no es una isla ni un fortín; debe integrarse en la comunidad a la que sirve y de la que forma parte, sintonizando con sus intereses y demandas, y para ello debe vertebrarse un sistema de comunicación con sus públicos externos.” (ACSAS, 1999: 99)

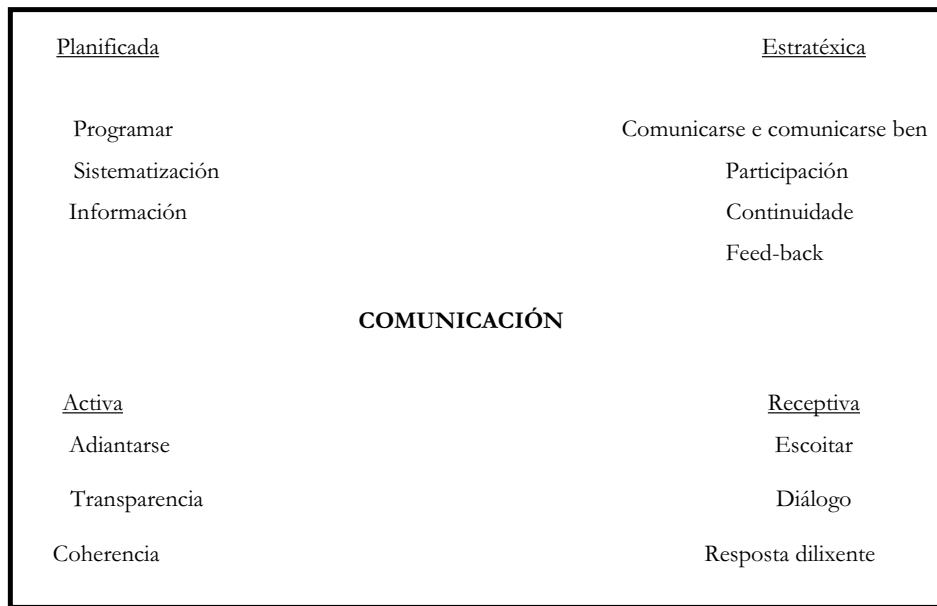
Aínda así, queda camiño por percorrer neste senso á hora de saber integrar o Departamento de Comunicación na estrutura e dinámicas de traballo do hospital⁴¹:

“O maior desafío que a função de comunicação enfrenta nos hospitais portugueses é a Ignorância!
Os profissionais da saúde non nos comprendem. Os Conselhos de Administração nao sabem quais devem ser as nosas funções. É común a função ser colocada no “lugar errado” da estrutura hierárquica (por exemplo na dependência de direcções intermédias). O valor acrescentado do investimento nesta função também não é claro para os responsáveis das organizações de saúde. Por outro lado, os proprios profissionais da comunicação não estão preparados para enfrentar a especificidade do trabalho

⁴¹ “Todavía no se reconoce al periodista dentro del hospital”, entrevista a María Pilar Muñoz, Responsable do Gabinete de Comunicación do Hospital Universitari La Fe de Valencia en PrNoticias, <http://www.prnoticias.es/content/view/10019718/227/> [02/12/08]

na complexidade organizacional e cultural do hospital” (Kuteev-Moreira, 2003: 6).

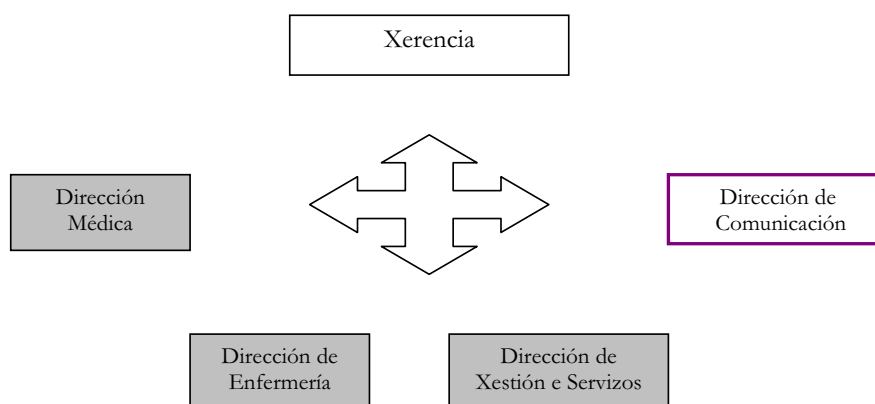
En palabras de Didac Amat (1999: 104), a comunicación dunha institución hospitalaria debería reunir catro requisitos fundamentais: os de ser estratéxica, planificada, activa e receptiva.



Esquema nº 19. Requisitos da Comunicación Hospitalaria.
Fonte: Didac Amat, 1999: 104. Elaboración propia

Dende o noso punto de vista, o gabinete de comunicación do hospital é o departamento que debe ocuparse da planificación da comunicación da institución. Para iso, xerarquicamente, debería depender do órgano máximo de xestión, é dicir, a Xerencia. Desá maneira garántese que o gabinete:

- Teña contacto cos máximos representantes da institución.
- Teña coñecemento do contexto para unha orientación correcta da comunicación.
- Teña coñecemento das estratexias reais da organización (accións públicas ou non) para un correcto deseño e orientación das estratexias de comunicación e das mensaxes a transmitir.



Esquema nº 20. Ubicación ideal da Dirección de Comunicación no organigrama do Hospital.
Elaboración propia.

O seu rol será central non só nas relacións cos medios, senón tamén na relación cos públicos internos e, a través deles, cos usuarios. Á hora de plantexar as dúas vertentes de comunicación (interna e externa) debemos pensar nos públicos⁴² ós que se dirixe cada unha delas, pois mensaxe e destinatarios son dous elementos do proceso comunicativo que se condicionan mutuamente.

“Para cada público, su mensaje; para cada mensaje, su público o su segmento de público, según la naturaleza de la información a difundir” (Piñuel e Gaitán, 1995: 128)

O principal público dun hospital son os usuarios. Os usuarios efectivos dun hospital manteñen unha relación directa, ben continuada, ben esporádica coa institución, inda que non se poida dicir que pertencen a ela. Dende o noso punto de vista, trátase dun público intermedio. O lóxico é que comezan sendo públicos externos (como parte do entorno social da institución, *usuarios potenciales*, polo tanto) que nun momento dado se convirten en públicos intermedios (*usuarios efectivos* dos servizos do hospital). É dicir, dependendo das circunstancias, pasan de ser un público externo a un público intermedio.

Polo tanto, no presente traballo, distinguiremos como públicos externos ós usuarios potenciais do hospital; como públicos intermedios a aqueles que, dadas as circunstancias, requiran facer uso dos servizos do hospital (ben como pacientes, ben como familiares ou acompañantes do paciente; ben en Urgencias, Consultas Externas ou Hospitalización) e como públicos internos ós traballadores do hospital.

Tendo presentes as dificultades de categorización dos públicos (mesmo organizacións do mesmo sector farían mapas de públicos distintos) e sen ánimo de establecer esquemas ríxidos e universais, facémonos unha idea do que sería un mapa de públicos dun hospital tanto público coma privado, no que propoñemos, alomenos, as seguintes categorías:

Públicos Externos	Públicos Intermedios	Públicos Internos
Cidadáns (usuarios potenciais)	Pacientes (usuarios reais ou efectivos) e familiares/ acompañantes	Persoal facultativo Médicos xerais e especialistas Estudantes en formación (MIR e alumnado)
Asociacións cidadás Asociacións de doentes	Outro persoal non propio (ex. Seguridade, Sacerdote e/ou relixiosas, persoal de limpeza...)	Persoal sanitario non facultativo Biólogos Técnicos Matronas Enfermeiros Psicólogos Auxiliares Outros
Profesionais e asociacións profesionais Colexios profesionais	Voluntariado Provedores	Persoal de administración e servizos Universidade/ Grupos de Investigación ⁴⁴ Facultade de Medicina Escola de Enfermería Consellería de Sanidade
Medios de Comunicación Medios monográficos Medios xeralistas		
Consellería de Sanidade ⁴³ Goberno Local, Autonómico, Estatal		
Universidade/ Grupos de Investigación Facultade de Medicina Facultade de Farmacia Escola de Enfermería		
Administración de Xustiza		

⁴² “Conjunto de personas físicas i/o jurídicas determinado por alguna circunstancia que les da unidad y vincula expresamente a una empresa o institución” (Magallón, 2006: 108).

⁴³ A Consellería de Sanidade é público interno no caso de tratarse dun hospital público; no caso de tratarse dun centro privado, sería un público externo.

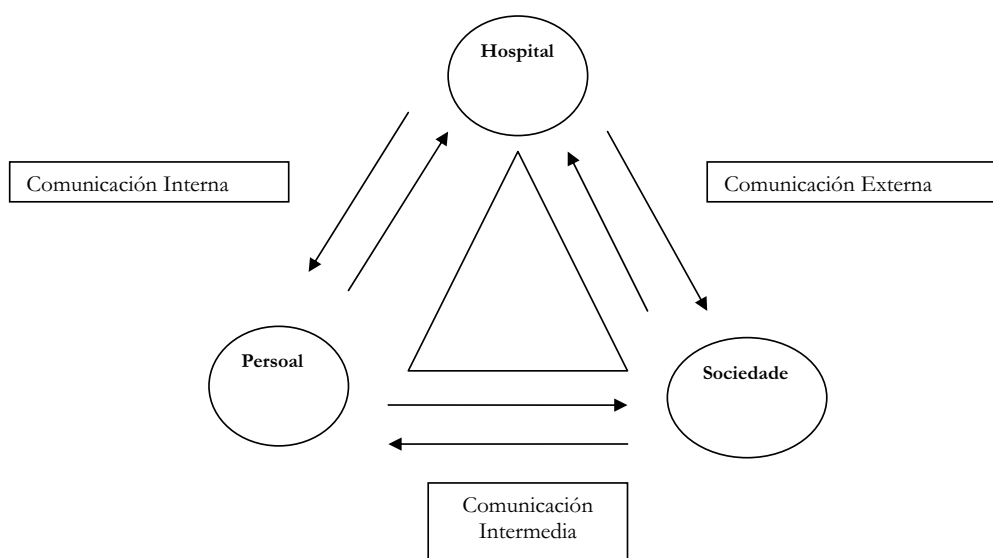
⁴⁴ As facultades de Medicina e escolas de Enfermería pasarían a ser públicos internos nos hospitais universitarios, por exemplo.

Laboratorios/ Farmacéuticas		Outros hospitais ⁴⁵
Outros hospitais		Centros de Atención Primaria
Empresas		

Táboa nº 29. Públicos externos, intermedios e internos dun hospital.
Elaboración propia.

Polo seu número, polo seu contacto continuado coa institución, como público interno, o persoal do hospital e, como público intermedio, os usuarios do mesmo, deben ser públicos prioritarios na política comunicativa do hospital.

Por outra banda, uns e outros son actores en contacto continuado, de maneira que resulta de vital importancia que a comunicación e información ao usuario a realicen profesionais motivados, satisfeitos co seu traballo, cohesionados, formados e orgullosos da institución para a cal traballan.



Esquema nº 21. Vertentes da Comunicación Hospitalaria. Elaboración propia.

⁴⁵ *Outros hospitais* poden ser público externo (se non nos une, *a priori*, ningún tipo de vinculación) ou internos (se forman parte da mesma rede hospitalaria sexa ésta pública ou privada). No primeiro caso, ademais, especialmente se ambos son privados e posúen as mesmas especialidades, compiten entre si.

Na Comunicación Intermedia é onde reside boa parte da satisfacción do usuario, xunto con outros aspectos do servizo prestado. A súa implementación non debe deixarse ao azar, nin ás iniciativas persoais de quen considere de relevancia formarse neste ámbito. Tampouco é unha ocupación exclusiva do Departamento de Atención ao Paciente ou do Departamento de Admisión. Moi ao contrario, debe ser unha liña xestionada globalmente polo gabinete de comunicación como entidade que dirixe a comunicación da institución. As directrices comunicativas do hospital deben marcar a pauta nas tres vertentes comunicativas para que estean coordinadas e poidan ser avaliadas e melloradas:

“En función de los objetivos generales del hospital, la comunicación contenida en la relación empleado-cliente se inserta dentro del marco de la política global de comunicación del hospital” (Varo, 1993: 481).

4.4.1. FUNCIÓNS DO GABINETE DE COMUNICACIÓN DO HOSPITAL. PROPOSTA DE DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN PARA UN HOSPITAL

Existen tres puntos básicos que é necesario plantexarse para un modelo de comunicación no hospital (Martínez Ortuño, 1994):

1. Recoñecemento Institucional da necesidade de desenvolver un plan de comunicación no hospital para poder dispor dos recursos humanos e materiais necesarios.
2. Considerar a actividade do departamento como un instrumento de xestión do hospital, que ten por misión difundir a cultura da organización, destacando a súa persoalidade como entidade diferenciada doutras.
3. Deseño dun programa de comunicación que coordine a información interna atendendo a todos os seus públicos e que responda a unha demanda de información externa do Centro, ambas conforme a un dereito individual e social de obter información.

No modelo de comunicación hospitalario, poden desenvolverse as seguintes liñas e soportes de Comunicación (Martínez Ortuño, 1994):

COMUNICACIÓN INTERNA

INFORMACIÓN A USUARIOS⁴⁶

- Información verbal: servizo de información.
- Follas informativas de prestacións.
- Guía de servizos.
- Manuais de admisión de enfermos con horario de visitas.
- Mensaxes preventivas de saúde.
- Folletos explicativos de técnicas médicas.
- Servizo de atención ao doente.

COORDINACIÓN CORPORATIVA (COMUNICACIÓN ASCENDENTE E DESCENDENTE)

- Xuntanzas.
- Coloquios.
- Grupos de traballo.
- Entrevistas.
- Sondaxes de opinión.
- Caixas de suxestións.
- Circulares.
- Cartaces.
- Notas anexas a nómina.
- Enquisas.
- Manuais de acollida.
- Periódico do centro.

⁴⁶ Cabe destacar que Martínez Ortuño (1994) consideraba os usuarios como públicos internos do hospital.

Coordinación informativa coa dirección.

COMUNICACIÓN EXTERNA

INFORMACIÓN E IMAXE EXTERIOR-

DE DENTRO A FÓRA:

- Relación cos medios de comunicación.
- Notas de prensa e comunicados.
- Xestión de entrevistas.
- Roldas de prensa.
- Atención a solicitudes de información.
- Servizo de relacións públicas.

DE FÓRA A DENTRO:

- Resumo diario de información sanitaria.
- Rexistro de documentación e arquivo.

Coordinación informativa coa dirección

No deseño do Plan de Comunicación Hospitalario, podemos distinguir dúas fases (Didac Amat, 1999):

1ª Fase: Investigación

Analizar a Organización e os seus públicos xenéricos.

- Organización
 - Misión
 - Funcións
 - Organigrama
 - Servizos e prestacións
 - Instalacións e equipamentos
 - Arquitectura
- Plan de xestión
- Públicos xenéricos
- Estudo dos públicos
 - Usuario real e potencial
 - Público externo: poboación, entorno, sector, opinión pública.
 - Cliente interno: por estamentos e niveis.
- Auditoría de Comunicación

2ª Fase: Planificación

1) Establecer e priorizar os públicos, tipificándoos segundo sexan:

- Xenéricos.
- Subordinados (por cada público xenérico).
- Específicos do hospital.

2) Definir as ideas-forza entre:

- As liñas temáticas preferentes do hospital.
- Os puntos fortes e febles da organización.
- As mensaxes claves da xestión
- Os arquetipos de imaxe corporativa.
- As culturas a potenciar e/ ou crear.
- As prestacións a promocionar.

Ao noso entender ao Gabinete de Comunicación dun hospital correspóndelle a planificación e execución de todas as tarefas vinculadas coa Comunicación. É o departamento que, en colaboración, co apoio e baixo a dirección da Xerencia, elaborará o Plan de Comunicación do hospital e quen debería asesorar os profesionais, sexan facultativos, sanitarios ou non sanitarios en materia de comunicación.

Destaca polo tanto, o seu papel central na Comunicación ó Usuario, quen debe sentirse escoitado e comprendido en cada un dos contactos que manteña coa institución hospitalaria.

“A este profissional de Comunicação compete a gestão e administração dos aspectos relativos á imagem institucional, relações com a comunidade circundante, ligação á comunicação social, informação e orientação dos utentes (doentes e familiares) do hospital, recepção e tratamento de reclamação, assim como os aspectos relativos ao marketing institucional, de acordo com as políticas definidas pelo CA em profunda articulação com as restantes direcções. Compete-lhe ainda a responsabilidade sobre as unidades funcionais, habitualmente, dele directamente dependentes –gabinete do utente / gabinete de informação e orientação central telefónica, recepção e serviço informativo”
(Kuteev-Moreira, 2003: 5)

Polo tanto, na procura dunha Comunicación Global e Estratéxica, ao Gabinete de Comunicación do Hospital corresponderíanlle, entre outras, as seguintes funcións:

Comunicación Interna

0. Coñecemento e contacto continuado cos públicos internos do hospital: situación e demandas laborais, necesidades, propostas de mellora...
1. Posibilitar que exista un diálogo constante e fluído entre todos os públicos internos do hospital, para o que porá en marcha as canles e soportes de comunicación necesarios e considerados máis axeitados.
2. Establecer unha Política Comunicativa transparente (de servizo a todos os traballadores e non exclusivamente *xerencialista*) e un Plan de Comunicación Interna.
3. Procurar a motivación dos traballadores, coñecendo as súas expectativas e demandas e promovendo encontros periódicos coa Xerencia.
4. Formar os mandos intermedios (directores de servizo, por exemplo) en actividades de Comunicación, de maneira que actúen como catalizadores na Comunicación Ascendente, Descendente e /ou Diagonal.
5. Titorizar as distintas categorías de públicos internos en Atención e Comunicación co Usuario:
 - a) Servizos de Información.
 - b) Servizo de Atención ó Doente.
 - c) Servizos Médicos e de Enfermería.
 - d) Profesionais non sanitarios: celadores, administrativos...
6. Titorizar o Servizo de Atención ó Doente e ter presente os datos que manexa (balance de reclamacións) como un indicador da calidade asistencial.
7. Planificar e involucrar os traballadores en Actividades Sociais, que reforcen o espírito de comunidade.
8. Promover actividades de formación en comunicación en función das necesidades dos distintos colectivos profesionais.
9. Promover o estudo do clima laboral, estudar a repercusión das medidas e canles postas en marcha.
10. Manter unha liña de diálogo cos gabinetes de comunicación de institucións da mesma rede (sexa pública ou privada); ben para coordinar a comunicación externa, ben para levar a cabo actividades de *benchmarking*.

Comunicación ó Usuario

0. Asumir o liderazgo xerárquico do Servizo de Atención ó Usuario/ Doente e ter presente os datos que manexa (balance de reclamacións) como un indicador da calidade asistencial.
1. Asumir o liderazgo xerárquico dos Puntos Informativos do hospital
2. Deseño e planificación de campañas informativas dirixidas aos Usuarios.

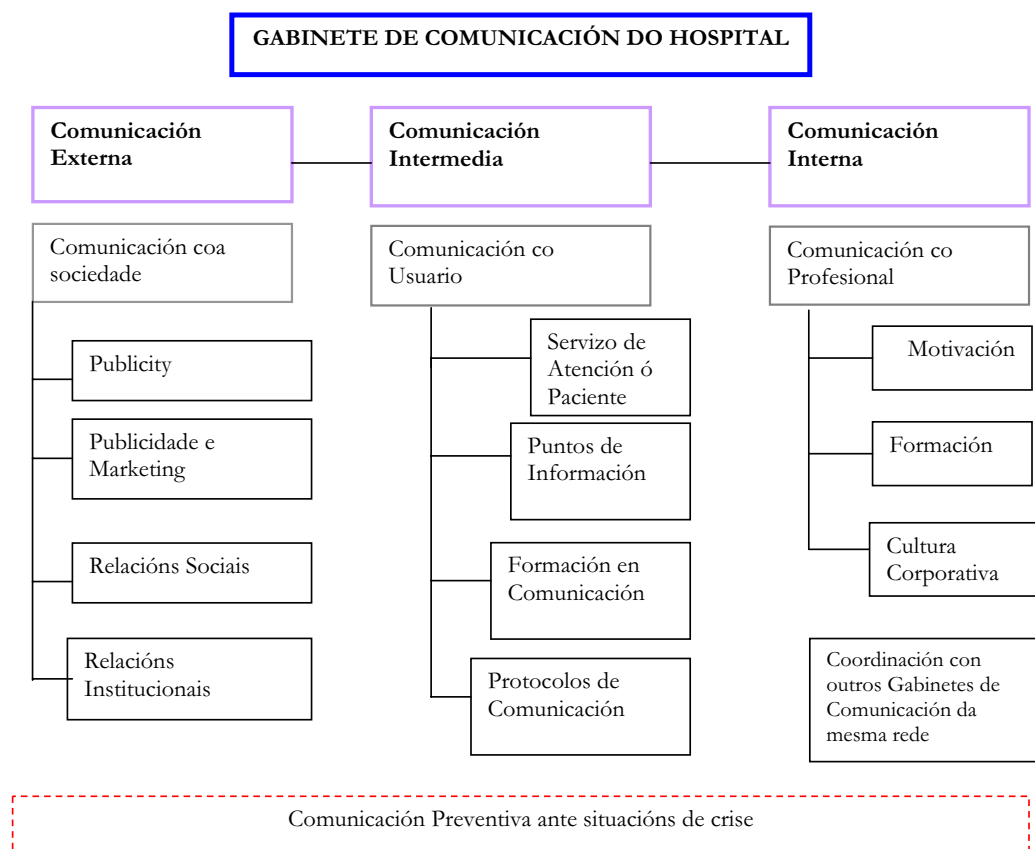
3. Planificación e posta en marcha de canles de comunicación cos Usuarios: revista corporativa, caixa de suxestións, etc.
4. Elaborar un protocolo ou guía de comunicación ó Usuario hospitalizado.
5. Realizar enquisas de satisfacción para coñecer as súas opinións respecto do Centro.
6. Ocuparse da Imaxe Corporativa e da Sinalética do Centro.
7. Asesorar os servizos médicos na redacción e presentación dos documentos dirixidos aos usuarios (documentos de consentimento informado, de instrucións médicas, etc.).

Comunicación Externa

0. Coordinar a estratexia informativa, publicitaria e de marketing de cara a dar a coñecer o Hospital (misión, visión e valores) e os seus servizos ó entorno.
1. Respostar con responsabilidade, rigor e transparencia ás demandas dos medios de comunicación.
2. Relacionarse e integrarse na sociedade.
 - 2.1. Relacións cos cidadáns. Establecer un diálogo continuo co entorno social, colaborar con Asociacións de Doentes, na posta en marcha de actividades, seminarios, etc.
 - 2.2. Relacións con outras institucións. Goberno, fundacións, outros hospitais, etc.

En situacións de crise, as tres vertentes comunicativas reactivaríanse de acordo do Plan de Crise para que os distintos públicos da institución estivesen debidamente informados.

En resumo, as funcións do Gabinete de Comunicación do Hospital deberían ser as seguintes:



Esquema nº 22. As funcións do Gabinete de Comunicación do Hospital. Elaboración propia.

4.4.2. A COMUNICACIÓN HOSPITALARIA INTERNA. OBXECTIVOS E CANLES DE COMUNICACIÓN

Os beneficios da Comunicación Interna non quedan limitados ó interior da organización, senón que os resultados dunha boa Comunicación Interna reflíctense nas relacións externas e, nese senso, repercuten na imaxe externa da organización. No caso do hospital, os usuarios están en contacto cos profesionais sanitarios e non sanitarios de maneira constante, polo que os empregados convértense nos principais embaixadores da institución para a que traballan.

Por iso, considérase que ao medir a satisfacción laboral dos traballadores do hospital, estase medindo a calidade do servizo prestado.

“La satisfacción de los trabajadores de los centros sanitarios constituye una parte esencial de la calidad de la atención prestada. La situación laboral guarda una estrecha relación con algunos aspectos del desempeño y una vinculación causa-efecto positiva entre el clima organizacional y las actitudes favorables o desfavorables del trabajador, por lo que hay un acuerdo general de que al medir la satisfacción laboral estamos comprobando la calidad de la organización de un centro y de los servicios que lo componen” (Martín-García et al., 2005: 304).

Porén, o diagnóstico da Comunicación Interna no entorno hospitalario a nivel de España amosa que inda se atopa en vías de desenvolvemento, a pesar de que se empeza a ter conciencia da súa importancia:

“La comunicación interna cobra cada vez más importancia pero todavía se realiza de una forma informal, mediante el trato directo. No se suele invertir en planes o estrategias de actuación. Herramientas consolidadas en la mayoría de los sectores, como revistas o el portal del empleado, tienen todavía un uso incipiente en el entorno hospitalario. La comunicación interna en el sector nace de la dirección, que es la que lleva la batuta y la figura clave en la transmisión de valores”⁴⁷.

March Cerdá et al. (2002) realizaron un diagnóstico sobre a Comunicación Interna nos hospitais públicos españois e apuntaron as seguintes conclusións:

⁴⁷ Inforpress Comunicación de Salud, ESADE (2004): *Estudio de comunicación en el entorno hospitalario*, p. 32.

1. Existe un forte afastamento entre a dirección e os profesionais con respecto á percepción do funcionamento da comunicación interna nos seus centros. Algúns autores falan da dicotomía xerencialismo-profesionalismo, afirmando que directivos e profesionais se moven en culturas diferentes e priorizan obxectivos distintos, o que dificulta o seu entendemento.
2. Hai que destacar as variacións que se observan nas opinións dos xerentes de hospitais de pequeno e de gran tamaño. En particular, os resultados amosan a existencia dunha tendencia a un maior grao de satisfacción laboral dos directivos dos hospitais de até 500 camas que nos máis grandes.
3. Detéctase un significativo grao de acordo entre os xerentes e os profesionais sanitarios no referente ó seu desexo de que os mandos intermedios, o equipo directivo e a xunta facultativa e de enfermería teñan un papel moito máis activo como fontes de información nos centros que na actualidade.
4. Os directivos decántanse por xuntanzas de equipo e entrevistas persoais como medios idóneos para dar e recibir información sobre o centro, tanto na comunicación ascendente como na descendente.

As peculiaridades organizativas do hospital plantexan unha serie de retos que a Comunicación Interna pode contribuír a superar. Entre ditas peculiaridades destacamos (Coe, 1973; Taylor, 1995; Kuteev e Eglin, 2004):

1. Organización burocrática.
2. Sistema dual de autoridade, a autoridade profesional dunha banda e a autoridade xestora, pola outra.

“Así, el personal médico dirige la línea de sus actividades, mientras que la autoridad administrativa está restringida a asuntos relacionados con la provisión de los medios por los cuales se pueden llevar a cabo las ordenes de los médicos” (Coe, 1973: 311).
3. Gran división do traballo, que dá lugar a un alto grao de estratificación.
4. Diversidade de metas, que non son sempre compatibles.

“The goal of cure is typically the physician’s responsibility (...) Patient care in contrast is the orientation of the nursing staff (...) In contrast, the administration of the hospital is concerned with maintaining the core of the hospital: ensuring

the smooth functioning of the system and the flow of resources, services and personnel” (Taylor, 1995: 320).

5. Divisións comunicativas internas en función dos grupos profesionais, de maneira que habería que superar unha comunicación limitada ós colectivos profesionais (enfermeiros entre si, médicos entre si, etcétera) ou mesmo por especialidades (médicos do mesmo servizo entre si, etc).

“La segregación ocupacional en un hospital es fuerte: las enfermeras hablan con enfermeras, los médicos hablan con médicos y los administradores con administradores. Los médicos tienen acceso a cierta información que no reciben las enfermeras, mientras que las enfermeras interactúan diariamente con el paciente y están más informadas sobre su progreso día a día, si bien con frecuencia sus anotaciones en el expediente del paciente no son leídas por los médicos”. (Taylor, 2003: 228)

6. As persoas están concentradas e preocupadas polos asuntos do equipo de traballo ou departamento no que colaboran, pero escasamente por aqueles que afectan á organización en xeral. Neste senso, resulta difícil crear un conxunto de valores ou comportamentos corporativos no hospital.

Por todo isto, a importancia da Comunicación Hospitalaria Interna resulta fundamental, tendo en conta que o hospital acolle un elevado número de profesionais, de perfil distinto, con funcións diversas que deben traballar e comunicarse co usuario de forma coordinada.

“el actual hospital, con sus equipos multidisciplinarios y sus profesionales de alto nivel técnico, tiene su mayor desafío como organización en la consecución de un trabajo en equipo coordinado, no sólo dentro de los mismos servicios (especialidad), sino entre los propios servicios y especialidades”. (Marrón Gallardo, 2000: 34).

A Comunicación Interna serve, entre outras cousas, para unir pensamentos favorables e actitudes favorables á coherencia das tarefas, implicando a todos os compoñentes da organización e serve para obter novos pensamentos e novas mentalidades, proxectando unha linguaxe común e unha vontade de facer xuntos (Plan de Comunicación 2004-2008 do Hospital Donostia).

A Comunicación Hospitalaria Interna debe, como vimos insistindo ao longo deste traballo, estar planificada. O Plan de Comunicación Interno debe partir da análise da situación existente⁴⁸, marcar uns obxectivos claros e poñer os medios para chegar a eles.

⁴⁸ Porén, un 82% dos hospitais non realiza auditorías de comunicación interna (Inforpress/ESADE, 2004: 19).

A análise da situación de partida virá da man dunha auditoría de comunicación interna, que analizará os elementos que interveñen nos procesos de comunicación no Hospital. O obxectivo é coñecer o estado da comunicación interna, para a partir de aí poñer en marcha unha estratexia que será unha estratexia máis na xestión do Hospital. Todo isto realizarase previa identificación dos segmentos de profesionais homoxéneos en relación ás súas necesidades e expectativas de información, para poder chegar a eles con estratexias específicas.

Tamén pode e debe estudarse o clima do hospital (ou das súas unidades de traballo, servizos ou seccións) e a cultura (ou subculturas) da institución. A respecto do clima laboral no Servizo Galego de Saúde (SERGAS)⁴⁹, un estudo elaborado en 2006, baseándose no Método Istas 21 (CoPsoQ)⁵⁰, aportaba interesantes temas para a reflexión:

- Dentro das dimensións positivas, presentaban un valor desfavorable a previsibilidade, a estima, a calidade do liderazgo, o control de tempos de traballo, o apoio social, a influencia, o reforzo e o sentimento de grupo, mentres que presentan un valor favorable a claridade de rol, a posibilidade de relación social, a integración na empresa, a posibilidade de desenvolvemento e o sentido de traballo.
- No marco das dimensións negativas (Inseguridade, Esconder emocións, Esixencias psicolóxicas emocionais, Esixencias psicolóxicas sensoriais, Dobre presenza, Esixencias psicolóxicas cuantitativas, Esixencias psicolóxicas cognitivas e Conflicto de rol), todas elas amosaron índices máis desfavorables que os da poboación de referencia.

Neste mapa de coordenadas que apuntan a un clima organizacional complexo e cunhas dimensións negativas desfavorables, a Comunicación Interna comparece como unha ferramenta de utilidade á hora de mellorar algúns aspectos como o liderazgo, ou o sentimento de pertenza e de apoio social e, a través diso, como unha ferramenta que permita atenuar as esixencias psicolóxicas que se producen no traballo da asistencia sanitaria (evitando o *burnout*⁵¹).

As dificultades na comunicación ó Usuario parten en moitos casos dunha problemática interna que pode estar relacionada con algún destes factores (Errasti Goenaga, 2000: 107):

1. *O persoal sanitario non traballa unido*. Isto significa que:
 - Os profesionais non falan entre eles e falla a coordinación no coidado do paciente.

⁴⁹ Accesible dende http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=60092 [20/02/08]

⁵⁰ O CoPsoQ foi desenvolvido no 2000 por un equipo de investigadores/as do Instituto Nacional de Saúde Laboral de Dinamarca (AMI), liderado polo Prof. Tage S. Kristensen. A adaptación para o Estado español foi realizada por un grupo de traballo constituído polo Instituto Sindical do Traballo, Ambiente e Saúde (ISTAS). É un cuestionario individual que avalía a exposición a factores de risco para a saúde de natureza psicosocial a través das respostas do colectivo empregado na unidade obxecto de avaliación.

- Os xestores e os clínicos cooperan pouco para mellorar os procesos e os sistemas de información.
- Dáse unha escasa comunicación entre os departamentos e as boas ideas non se expanden.
- 2. *Existe escaseza de destrezas e de estándares* para as diversas actuacións clínicas, incluíndo a información que se debe facilitar.

A Comunicación Interna pode contribuír a superar de maneira decidida as faltas de coordinación e de motivación, favorecendo a consolidación non só de grupos ou colectivos, senón de equipos de profesionais e dun equipo hospitalario conxunto (o hospital como equipo), composto de todos os grupos e subgrupos, de todos os departamentos e servizos que integran a estrutura hospitalaria.

A Comunicación Hospitalaria Interna pode circular en diversos sentidos:

- Dende a Xerencia/Dirección/Xefatura de Servizo(Comunicación Descendente).
- Dende os postos base (Comunicación Ascendente).
- Ser Interdepartamental (Comunicación Horizontal).
- Ser Interprofesional:

Entre profesionais do mesmo departamento.

Entre profesionais de departamentos distintos.

No Plan de Comunicación Interna poden instrumentalizarse unha ampla variedade de canles de Comunicación Interna das xa comentadas, que se deseñarán e porán en funcionamento ó servizo dos obxectivos determinados na planificación previa (no plan de comunicación interno).

Estas canles de comunicación poden ser Indirectas, se empregan algún soporte ou tecnoloxía que permite a comunicación entre emisor e receptor. Serán directas, se potencian a comunicación persoal⁵².

Distinguimos como posibles canles de comunicación indirecta no hospital, as seguintes:

- Intranet
- Taboleiro de anuncios
- Revista interna e/ ou Boletín Interno de información
- Correo interno
- Correo electrónico
- Comunicación telefónica interna

⁵¹ O *Burn-out* ou síndrome do profesional queimado, que afecta ás profesións de axuda, entre elas as sanitarias, será estudado en maior profundidade no Cap. 3.

- Megafonía
- Caixa de suxestións
- Manuais de acollida a novos profesionais, que deben incluír, alomenos, as seguintes informacións:
 - Presentación (Misión e valores)
 - Historia, orixe do hospital
 - Área de influencia
 - Información laboral e normativa do centro
 - Información útil (modo de chegada, liñas de transporte público...)
 - Fundamentos básicos: Segredo profesional e Dereitos e Obrigas dos Pacientes.
 - Prevención e seguridade no traballo
 - Actuación en caso de accidente
 - Teléfonos de interese
 - Servizos de interese: biblioteca, cafetería, comedor, outros
 - Plano do Hospital
- Circulares
- Memorias internas
- Protocolos de actuación e guías informativas
- Outras

Apuntamos como posibles canles de comunicación directa:

- Xuntanzas: informativas, de traballo, etc.
- Rumores e encontros informais
- Actos sociais (celebración de efemérides institucionais; organización de eventos internos, etc.)
- Entrevistas persoais
- Actividades de formación, entre as que poden estar os cursos de comunicación dirixidos ós profesionais do hospital. Permiten a integración, crean relacións persoais, favorecen a participación dos empregados e redunda de forma beneficiosa no seu traballo.
- Círculos de calidade
- Outras

⁵² Os instrumentos máis empregados son o manual e o plan de acollida a novos profesionais, as presentacións da dirección e os encontros con esta (Inforpress /ESADE, 2004: 19).

A Comunicación Interna pode ser formal ou informal, en función de se resulta unha actividade planificada ou se responde ás necesidades informais da comunicación. Ambas vertentes resultan necesarias e convenientes na vida do hospital⁵³.

4.4.2.1. O ROL CLAVE DO XEFE DE SERVIZO

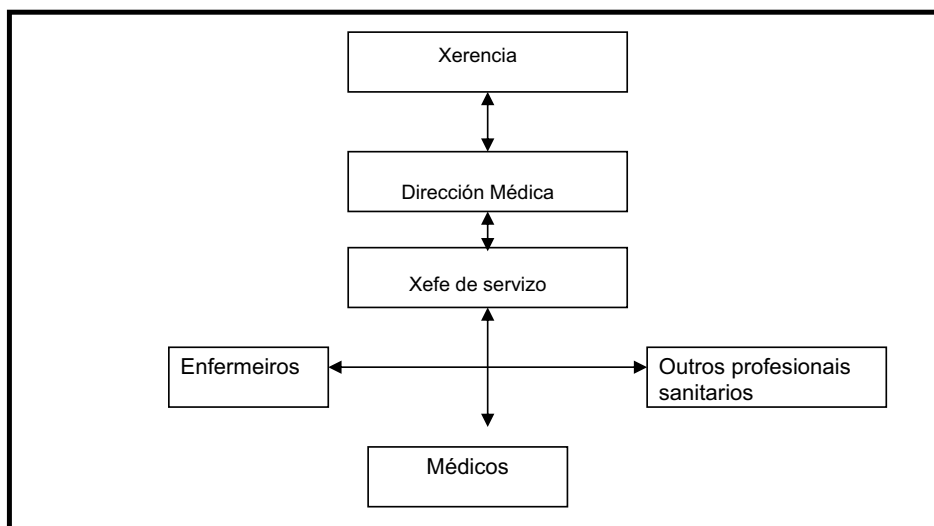
Hai que partir da base de que o médico é o corazón do equipo de profesionais sanitarios. Aínda que non se debe subestimar a importancia dos outros profesionais sanitarios, o médico constitúe o elemento máis influínte do equipo que conforman (Kuteev, Eglin: 2004).

Por iso, un actor de gran relevancia para a Comunicación Interna é o Xefe de Servizo ou o Xefe de Sección. Tanto polo seu rol profesional como pola súa situación como eslabón intermedio na Comunicación entre Xerencia e os restantes profesionais en sentido descendente, ascendente e horizontal, resulta unha peza-clave de cara a superar a dicotomía xerencialismo-profesionalismo (López, Aranda: 1995) e a desenvolver unha comunicación adecuada cos usuarios do servizo.

“Un jefe de servicio debe, por tanto, ocuparse de que la comunicación de su organización funcione de manera ágil y bien engrasada, pero debe igualmente conocer y garantizar la calidad comunicativa de sus profesionales en la relación con los usuarios” (Segura Gálvez, 2004: 692).

⁵³ No Hospital Público Virxe da Xunqueira (Cee), púxose en marcha de modo “espontáneo” unha canle informal de comunicación (un blog), que saltou ás páxinas da prensa polas acusacións que alí se verquían, reflexo dun clima interno pouco san e da baixa satisfacción laboral dos empregados do hospital: “Médicos, enfermeros y auxiliares del Virxe da Xunqueira se desahogan anónimamente a través de la Red, con acusaciones para todos los gustos que no dejan títire con cabeza” (*La Voz de Galicia*, 05/12/2006). A anécdota é sintomática dunha Comunicación Interna mal empregada e, por tanto, ineficaz, que xera unha canle informal de comunicación que saca á luz pública conflitos internos, que repercuten na imaxe interna-externa da institución.

O Xefe de Servizo é un catalizador da comunicación e debe ser un gran coñecedor do persoal que traballa no servizo, polo que resulta de grande interese que se implique na Comunicación Interna do hospital, de modo que o Gabinete de Comunicación debe telo moi en conta á hora de planificar estratexias e accións de Comunicación Interna.



Esquema nº 23. O rol comunicativo intermediario do xefe de servizo. Elaboración propia

Pola súa posición orgánica de intermediario, na selección do candidato a xefe de servizo deben terse en conta no só os méritos profesionais da persoa, senón tamén as súas habilidades comunicativas. Por outra banda, o cargo debera ter unha duración determinada, así como avaliarse o seu desempeño periodicamente.

“La Jefatura de un Servicio es un cargo difícil y de confianza, que tiene gran trascendencia para la institución y para los equipos. Por ello estos cargos no deben ser asignados de manera inadecuada y su duración no debe ser permanente. Deben estar sometidos a una cuidadosa selección (que valore conocimientos científicos y condiciones personales), y su desempeño debe ser evaluado periódicamente” (Martí Salís, 2000: 311).

Os Xefes de Servizo e de Sección ocuparanse de coordinar equipos de traballo interdisciplinares (formados por médicos, enfermeiras, auxiliares, residentes...), polo que teñen unha posición privilexiada para coñecer ben as persoas dos seus equipos, comunicarse con elas e motivalas de cara á consecución dos obxectivos do servizo e, por medio deles, dos obxectivos da institución.

“Los Jefes de servicio deben ser asequibles, coherentes, dialogantes..., pero exigentes con los médicos bajo su dependencia. Ante situaciones que pueden generar conflictos, deben intuir la presencia de malestar entre su equipo y ser capaces de negociar soluciones. Aunque sean representantes de la Dirección, no

deben actuar como capataces, sino como líderes de un equipo de profesionales”.
(Martí Salís, 2000: 311).

Cada servizo, dirixido polo correspondente Xefe de Servizo, realiza, alomenos as seguintes funcións (Lamata, 2006: 168):

Atención a pacientes hospitalizados (“pase de visita”)

Consulta externa

Exploracións/intervencións

Interconsultas

Consultas en urxencias

Gardas

Sesións:

“Pase de garda” (diario)

Médico-cirúrxica (semanal)

Bibliográfica

De mortandade

Xeral do servizo

Por áreas ou seccións

Formación de residentes

Investigación

O perfil, polo tanto, é o dun profesional polivalente, con capacidade de planificación e de liderazgo, e con actitudes para a escoita, o diálogo e a comprensión.

En concreto, son tarefas do Xefe de servizo clínico (Segura Gálvez, 2006):

- Planificación.
- Definición de obxectivos.
- Formas de comunicación.
- Toma de decisións.
- Delegación.
- Xestión de RRHH: Motivación e incentivos, avaliación de capacidades.
- Formación.
- Docencia e investigación.
- Control da boa marcha e da calidade do servizo.

De todas estas actividades, alomenos as formas de comunicación, a toma de decisións, a delegación, a xestión de Recursos Humanos, a formación e a docencia (seis dun listado de nove), están relacionadas de modo directo coa comunicación. Isto implica que se o xefe de servizo adicase un 11% do seu tempo de traballo a cada unha das nove actividades descritas, un 66% adicaríao a accións de intercambio de información e de trato cos colaboradores.

O reto principal do Xefe de Servizo pasa por manexar unha gran variedade de habilidades comunicativas, entre elas, destacamos:

- Saber mediar

- Crear sinerxias
- Propiciar o traballo en equipo e a creatividade
- Representar
- Negociar
- Dirixir e asignar tarefas
- Delegar
- Denegar
- Supervisar
- Valorar
- Motivar

O contexto no que traballa o Xefe de Servizo clínico non é fácil. Inscríbese nunha organización sanitaria –o hospital- que está a experimentar cambios importantes nos seus modos de dirección e de xestión (Segura Gálvez, 2006):

- A función directiva ten máis carácter de xestión que de liderazgo, o que supón unha diminución no poder interpersoal do directivo.
- A sobrecarga de información require, por parte dos directivos, dun continuo filtraxe e selección, co conseguinte risco e crítica por parte dos seus subordinados.
- O cambio frecuente de procedementos, sistemas e programas imprime inseguridade, diversidade de puntos de vista e permanente percepción da ignorancia, tanto propia como allea.
- A avaliación da calidade e cantidade nas prácticas sanitarias diminúe a autonomía e seguridade dos profesionais, anteriormente indiscutidos no seu traballo clínico.
- O maior protagonismo do usuario transforma a súa relación con el, facendo que teña que ser máis persoalizada, informativa e horizontal. Isto implica a necesidade de facer do profesional un comunicador competente.
- A incorporación das novas tecnoloxías (informáticas, bioquímicas, xenéticas, etc...) e disciplinas (xestión, economía...) require do coñecemento e da comprensión de linguaxes e interlocutores novos.

Todos estes cambios apuntan á necesidade dunha persoa con capacidade de adaptación, que se actualice permanentemente e que saiba aunar os coñecementos do seu equipo para afrontar con garantía de calidade o servizo ao usuario nun contexto mudable e participativo.

4.4.2.2. POLÍTICAS DE MOTIVACIÓN DOS PROFESIONAIS DO HOSPITAL

Xa ninguén nega que a motivación dos profesionais e o seu grao de satisfacción co traballo que realiza resulta un activo de grande importancia para o hospital, que está en relación directa coa satisfacción do usuario do servizo.

“La calidad de vida profesional es una de las circunstancias que más influyen en el comportamiento de las personas dentro de una organización, y está relacionada con la calidad de la asistencia prestada” (Alonso Fernández, 2002: 58).

Nun estudo realizado a clientes internos de entre 30 e 50 anos, estes apuntaban como principais necesidades as seguintes (Thompson, 2000):

1. Selección para acceder a un novo traballo, a unha nova posición ou a un novo proxecto.
2. Acolida: Coñecer a compañía e o contido do traballo. O empregado precisa dunha dirección clara e *feedback*.
3. Liderazgo. Os xefes han de ter unha clara visión de futuro, valores, decisión, accesibilidade e dispoñibilidade, escoita activa.
4. Formación, aporte das ferramentas que lle farán falla no futuro.
5. Futuro e seguridade, que provén moitas veces do propio coñecemento e da atención ás emocións.
6. Carreira, perspectivas e oportunidades, non só dentro, senón en torno á organización.
7. Implicación no cambio (xa non vale con dicir o que hai que facer, é necesario sentirse partícipe e ver que as ideas se toman en conta).
8. Compensación e recoñecemento (oír do xefe: “isto está ben feito”).
9. Calidade no traballo e no entorno (conseguida moitas veces cunha mellor comunicación).
- 10 Comunicación para influir nas decisións e para que se recoñeza a contribución propia.

Son necesidades que unha boa comunicación interna pode contribuír a satisfacer. As organizacións poden lograr un maior compromiso facendo escoitar as súas mensaxes e, á súa vez, escoitando as mensaxes dos seus públicos. Isto debe aplicarse na política comunicativa interna do hospital. Hai unha serie de características destacables do hospital que deben terse en conta á hora de plantexarse medidas de motivación dirixidas ós seus traballadores (Perona, Marzá, 2002):

- As relacións cos clientes están baseadas nos coñecementos profesionais.
- As relacións profesionais básicas efectúanse con outros compañeiros profesionais.
- Os beneficios do traballo diríxense, igualmente, ós compañeiros profesionais e ós clientes.
- Os erros e a falta de coñecementos ten graves repercusións.

- É importante o recoñecemento dos clientes e dos compañeiros.
- Os líderes non se seleccionan pola súa capacidade de dirixir e de formar un equipo, senón que son nomeados pola súa competencia profesional (*meritocracia*), sen que teñan coñecementos de xestión e sen habilidades para apoiar e recoñecer o traballo dos seus colaboradores.

Ademais, as estratexias de motivación necesarias probablemente sexan diferentes no hospital privado e no público. No Hospital público non resultará fácil, *a priori*, lograr aplicar a maioría das filosofías e instrumentos de política de persoal, dado que o plantel adoita ser orgánico e fixo.

Para Gómez (2006), habería que plantexarse medidas de motivación dos profesionais en materia de retribución, promoción e deseño dunha carreira profesional.

“La política actual en el sector de la sanidad, en materia de promoción, retribución y carrera profesional, no favorece la creación de un aliciente profesional y se convierte en una máquina de convertir a las personas, que inician su trabajo llenas de entusiasmo, en profesionales que corren el riesgo de caer en la rutina, al no encontrar un horizonte profesional atractivo por el que merezca la pena esforzarse” (Gómez, 2006: 393).

Algunhas medidas para superar esta problemática son (Gómez, 2006):

- Unha política de retribución que discrimine de maneira positiva.
- Debuxar dúas carreiras profesionais diferenciadas:
 - A que se obtén logrando maiores niveis de responsabilidade directiva: xefe de servizo, director de departamento, etc.
 - A carreira profesional que se apoia exclusivamente na superación profesional no ámbito médico-asistencial e investigador.
- Avaliar as persoas seguindo uns criterios coñecidos de antemán e uns procedementos que aseguren unha aplicación correcta a cada caso concreto.

Esta avalización debe producirse dentro da mesma categoría médica (en horizontal), de maneira que valore a traxectoria que segue cada persoa e que podería xustificar unha promoción de categoría.

O proceso de avaliación, tanto para a promoción xerárquica como para a promoción horizontal, debe realizalo un comité de valoración (composto polo xefe directo, o director de recursos humanos, e o director médico ou a directora de enfermería no seu caso), baseándose nun Manual de Valoración.

- Incorporación de incentivos como unha parte variable da retribución.

As retribucións variables aplicaranse para premiar a capacidade conxunta na consecución de obxectivos departamentais ou mesmo os da institución nun período de tempo determinado.

Para conseguir que o hospital se convirta nunha auténtica institución orientada ó cidadán, baseada en profesionais e valorada polos resultados, algúns requisitos necesarios serían (Martí Salís, 2000):

- Ter persoalidade xurídica propia e ampla autonomía de xestión, independentemente da titularidade do hospital.
- Contar con Consellos de Administración independentes e capaces de sinalar obxectivos estratéxicos e de establecer prioridades.
- Desenvolver métodos organizativos “manageriales” áxiles e flexíbles, abandonando o modelo orientado ó cumprimento da norma máis que á obtención do resultado.
- Instaurar organigramas que reflectan claramente as liñas de responsabilidade e que sexan o máis planos e sinxelos posible.
- Implantar políticas de persoal que faciliten a descentralización das decisións e a participación dos profesionais como método para lograr a súa corresponsabilización.

Algunhas políticas de incentivación aplicables no Hospital serían as seguintes (Martí Salís, 2000):

- **Selección.** Inda que non é propiamente unha política de incentivación, ten unha grande importancia para contar con profesionais axeitados e non desmotivados, posto que unha axeitada selección evita o acceso ó hospital de persoas que teñen como único aval unha amizade, un carné ou un parentesco. O xefe que terá asignada a responsabilidade de supervisar o cumprimento e desempeño profesional da persoa a incorporar debe participar de forma activa e directa na definición do perfil profesional e na selección de candidatos.
- **Comunicación.** Un bo programa de comunicación interna conleva a posibilidade de que as inquedanzas e necesidades do persoal, de distintas funcións e niveis, ascendan cara ós equipos directivos, o que facilita a busca de solucións conxuntas e favorece a implicación de todos (co-responsabilidade).
- **Formación Continua.** A formación debe estar ó servizo duns obxectivos concretos no seo do hospital. Os planos de formación deben definirse e desenvolverse de acordo coa cultura de cada institución.
- **Desenvolvemento profesional.** O modelo a adoptar debe facilitar a valoración polo desempeño e polo mérito de cada un dos profesionais do hospital.
- **Carreira xerárquica.** Os cargos confiados deben ser de duración limitada. Só deben ser renovados en caso dun bo desenvolvemento do cargo, segundo valoración obxectivable. A asignación dun cargo debe comportar a percepción dun complemento retributivo específico, en correspondencia non coa denominación do cargo, senón coa complexidade do mesmo.

- **Persoalización.** Todos os integrantes da estrutura de mando (a todos os niveis en todas as áreas de actividade) deben ser capaces de establecer relacións persoalizadas cos inmediatos colaboradores. Os directivos e mandos deben ser facilmente accesibles e visibles para o seu persoal dependente, a quen debe coñecer, escoitar e avaliar de maneira aberta e periódica.
- **Participación.** Os instrumentos necesarios para o desenvolvemento de políticas de participación son diversos e variados. Poden ir desde:
 - Realización efectiva e programada de sesións científicas e / ou clínicas con grupos de traballo multidisciplinares: sesións de avaliación, revisión de casos, de mortandade, de tecidos, etc.
 - Definición das políticas asistenciais, docentes e de investigación do hospital, a través de Comisións e Comités técnicos: control de calidade, divulgación científica, ética asistencial, ensaios clínicos e investigación, novas tecnoloxías, revisión de pautas e de protocolos, etc.
 - Asignación e cuantificación de obxectivos e orzamentos, así como a avaliación dos resultados acadados.
 - Valoración da actividade realizada e análise e control dos medios empregados, a través da denominada xestión clínica.
- **Retribución.** A política retributiva do hospital debe estar ó servizo da estratexia da institución. Non debe ser unicamente monetaria xa que os médicos precisan doutros alicientes: a dispoñibilidade de medios técnicos, a formación continua, o logro profesional e o recoñecemento, as facilidades para o desenvolvemento científico, a participación nas decisións que lles afectan, etc.
Resulta conveniente establecer políticas retributivas –transparentes e con regras do xogo coñecidas- que sexan dinámicas e flexibles, para permitir a súa fácil adaptación a comportamentos e méritos distintos.

Algunhas medidas concretas para favorecer a avaliación interna, a motivación e a comunicación interna poderían ser as seguintes:

1. *Evaluación para el desarrollo profesional* (EDP). Realízase a todos os profesionais de maneira individual por parte do seu responsable xerárquico directo.
“La entrevista la realiza cada responsable, jefe o mando intermedio, con las personas que tiene a su cargo, y tiene un carácter mínimo anual, y sus resultados tienen un peso de un 10% en la bolsa de incentivos individuales” (Bayona García, 2008: 154)

Algunhas características son (Miralles González, 2007: 484):

- Procedemento orgánico, aborda e implica a toda a organización.
- É unha avaliación en cascada. Establécese por eslabóns xerárquicos.

- É unha avaliación subxectiva, pero non “caprichosa”. Se a metodoloxía é correcta, a avaliación é axeitada, pero non resposta a variables cuantitativas monitorizadas de ningunha forma. É unha avaliación que realiza unha persoa (xefe) de outra (subordinado).
- Está relacionada co traballo habitual; os indicadores de conduta ou comportamento identificados para cada competencia integrada na EDP hanse de poñer de manifesto no traballo habitual dos profesionais.
- Realízase cunha perspectiva histórica que non debe ser inferior a seis meses nin superior a un ano.
- Lévese a cabo para xerar unha proxección de futuro, que é o plan, o compromiso de mellora.

2. *Avaliación feedback 360°*. Diferénciase da EDP en que a unha mesma persoa ou profesional avalíao máis dunha persoa, dado que un profesional, ademais de co xefe, interactúa cos compañeiros do seu mesmo grupo profesional ou distinto; cos subordinados, etc, polo que a información será máis variada e acorde coa realidade cotiá. Deben determinarse as competencias que se van valorar (Miralles González, 2007: 485).

3. *Complemento ó Rendemento Profesional (CRP)*, que retribúe e reconece o rendemento e resultados por equipos e individualmente. Prémíase a asunción de tarefas adicionais ao posto de traballo, a participación en programas especiais e o nivel de desenvolvemento profesional conseguido.

“Para cada puesto de trabajo establecemos, con carácter general, objetivos comunes que responden al enfoque estratégico del Servicio Andaluz de Salud y suponen un 40% del total de los Objetivos por EBAP⁵⁴, Servicio o Unidad. El Distrito Sanitario define, de acuerdo con sus Zonas Básicas de Salud y EBAP, el resto de objetivos específicos, que supondrán el 60% del total” (Bayona García, 2008: 154)

4. *Plan de desenvolvemento profesional*. É moito máis que o plan de formación. A formación deixa de ser un conxunto de ferramentas orientadas ó desenvolvemento de coñecementos e habilidades técnicas, para converterse nunha política estratéxica ligada ós obxectivos da organización que contribúe a alcanzar.

5. *Círculos de calidade*. A finalidade é dobre. A primeira é de natureza social xa que os círculos facilitan a integración dos individuos na empresa ó poder expresar as súas opinións e regulamentar os problemas cotiáns da tarefa; por outra banda, a implantación dos círculos reflicte o recoñecemento da competencia dos traballadores, satisfai a necesidade de autorrealización e é un factor de motivación. A segunda de orde económica: contribúen a mellorar a calidade e os costes e implican o empregado no desenvolvemento das súas tarefas (Cárcamo, 2008: 190).

⁵⁴ Equipo Básico de Atención Primaria.

6. Creación dunha *Unidade de Atención ó Profesional*, oficina orientada ós públicos internos, que plantexa na súa carteira de servizos (Bayona García, 2008):

- Comunicación e información personalizada.
- Mellora nas tramitacións administrativas.
- Recollida de opinións: Suxestións e reclamacións.
- Xestión das canles de comunicación interna
- Xestión de contidos de novas canles de comunicación interna
- Planes de atención ó profesional como poden ser: acollida, despedidas, recoñecementos, etc.

No marco da sanidade privada, podemos sinalar a iniciativa de USP Hospitales⁵⁵, para favorecer a incentivación dos traballadores da súa rede de hospitais, ideada ó longo de 2002 e posta en marcha en xaneiro de 2003 (Cruz Sánchez et al., 2007: 657): a *USP Champions League*, competición na que 10 equipos (os 10 hospitais que integraban a rede nese momento) competían cada mes por alcanzar uns indicadores cuxos resultados eran cuantificables obxectivamente e facilmente extraíbles e comparables en cada un dos centros. A suma de puntos de todos os indicadores servía para establecer a clasificación xeral, que se ía elaborando mensualmente e se pechaba ó final do exercizo, cando se proclamaba un gañador anual –o hospital que obtivera a mellor puntuación media unha vez sumados todos os indicadores- así como un gañador para cada unha das distintas subcompeticións.

Este recoñecemento anual traducíase en incentivos económicos que primaban os salarios dos equipos de xestión nos hospitais e de cada un dos seus profesionais, quen eran recompensados cunha prima anual pola contribución do seu traballo diario á victoria do seu hospital. Ademais, na convención anual que celebraba USP Hospitales entregábase un premio de recoñecemento ó hospital gañador da clasificación xeral e a cada un dos gañadores das distintas clasificacións.

2Isto permitía á súa vez poñer en práctica un sistema de *benchmarking* interno moi útil, xa que os centros que destacaban estaban obrigados a compartir os seus coñecementos e experiencias cos demais hospitais.

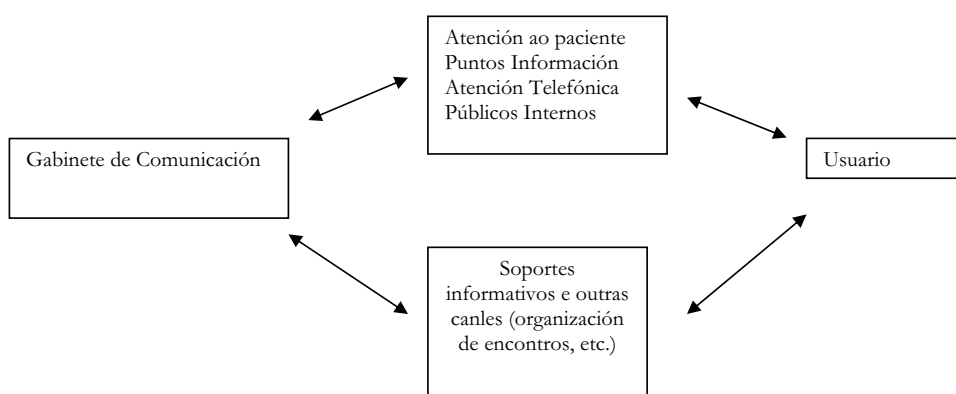
⁵⁵O grupo privado USP Hospitales conta na actualidade con 31 centros sanitarios en toda España.

4.4.3. A COMUNICACIÓN HOSPITALARIA INTERMEDIA: COMUNICACIÓN COS USUARIOS DOS SERVIZOS DO HOSPITAL.

Na relación do hospital co Usuario, todo significa, dende o primeiro contacto que este ten coa institución, que pode ser unha chamada telefónica ou o seu achegamento ás instalacións do centro. Polo tanto, xa dende ese primeiro momento, o Usuario recibirá unha primeira impresión do hospital e, pouco a pouco, irá formándose unha imaxe do centro sanitario máis ou menos favorable en función da súa experiencia.

No ámbito da comunicación hospitalaria intermedia, adquire especial relevancia o traballo previo de Comunicación Interna, posto que, como vimos repetindo, os traballadores do hospital son os seus principais embaixadores perante os Usuarios reais ou efectivos da institución (aqueles que acoden a ela). Así, no ámbito da Comunicación Persoal ou Directa, o Gabinete de Comunicación mantén, xeralmente, unha relación indirecta cos usuarios do hospital, mentres que médicos, enfermeiras, persoal sanitario e non sanitario en xeral son quen van establecer esa relación directa.

Por outra banda, no ámbito da Comunicación Indirecta, o Gabinete de Comunicación si pode manter unha relación comunicativa cos Usuarios en base ós soportes e accións de Comunicación que se estimen oportunos.



Esquema nº 24. Relación indirecta entre o Gabinete de Comunicación e os Usuarios do hospital.
Elaboración propia.

Todo no hospital debe estar pensado dende a perspectiva do Usuario, ou alomenos, haina que ter sempre presente. Éste pode acudir ó hospital a través de diferentes vías e por diferentes motivos. Os circuitos de acceso ao hospital adoitan ser:

1. **Servizo de Urgencias:** Se se trata dun ingreso non programado.

O doente debe presentarse en Admisión de Urgencias. Posteriormente, será recibido por un profesional sanitario que valorará o seu problema e garantiralle a súa atención no prazo axeitado á súa gravidade. Se precisa ser hospitalizado, o persoal de Admisión encargárase dos trámites.

2. **Servizo de Admisión:** Se se trata dun ingreso programado.

O Servizo de Admisión é o encargado de contactar co paciente para avisalo do seu ingreso e leva a cabo os trámites daqueles que, á súa vez, entren mediante o servizo de urgencias. Tamén se ocupa da asignación das camas e dos rexistros de altas e baixas.

3. **Consultas externas:** Se se acode á consulta dun especialista, previa cita; se se vai solicitar cita, se entra a acompañar a alguén, etc.

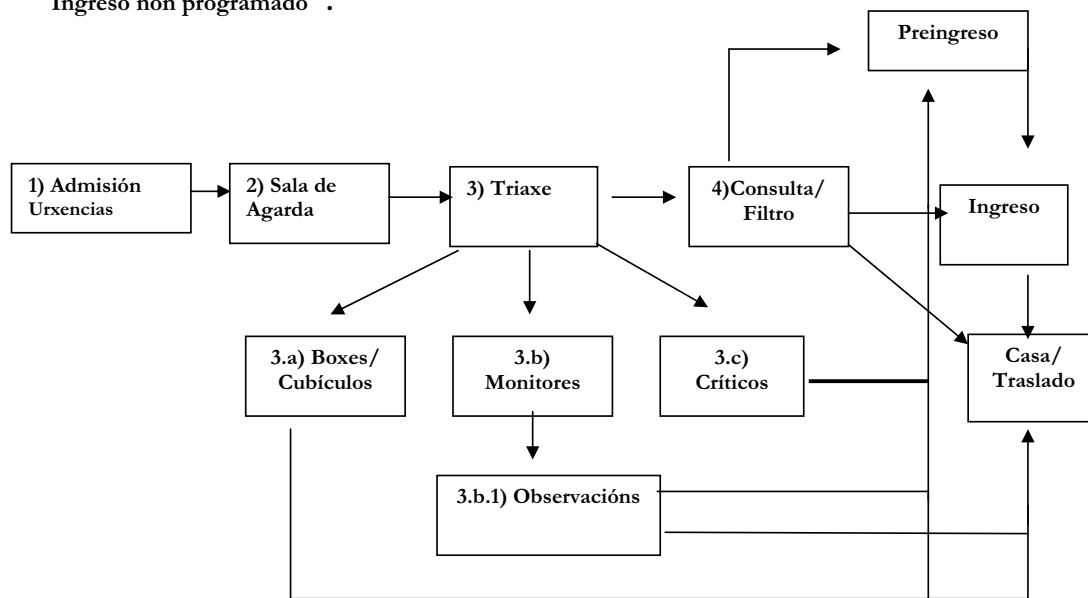
4. **Hospital de día,** que consiste nun ingreso durante unhas horas do día nunha área hospitalaria, na que o enfermo recibe a asistencia especializada para logo regresar ó seu domicilio.

5. Realización dalgunha **proba** (radiografía, ecografía, análise de sangue, TAC...) previamente prescrita.

6. **Visita** a algún coñecido ou familiar ingresado.

No caso de ser hospitalizado, o seu ingreso pode ter lugar seguindo dous itinerarios posibles, que condicionarán en certa medida a Comunicación que reciba en función do momento (da etapa) da súa estada no hospital e das condicións en que ésta teña lugar.

Ingreso non programado⁵⁶.



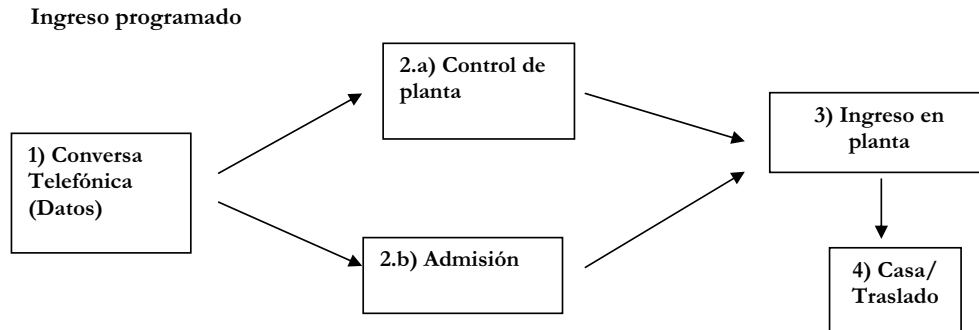
Esquema nº 25. Percorrido do Usuario no Ingreso non programado ó hospital.
Elaboración propia.

Descrición do Proceso: 1. A chegada realízase por Admisión de Urgencias, onde se solicitan os datos persoais e se nos inclúe na lista de agarda de usuarios. 2. Pasaremos á Sala de Agarda onde esperaremos que nos chamen por megafonía interna. 3. De aí pasaremos a Triaxe, onde un médico ou enfermeira determinará a nosa gravidade, pasándonos a Consulta, Boxes, Monitores ou Críticos, en función da gravidade do Usuario. En calquera delas recibiremos atención médica. En Monitores estarán monitorizadas as nosas funcións vitais e se empeoramos, pasaremos a Observacións. 4. De calquera destas etapas poden mandarnos para a casa, ou podemos pasar á Sala de Preingreso ou a planta directamente.

Ao longo deste proceso estaremos en contacto con persoal non sanitario, persoal facultativo e persoal sanitario.

Se a chegada ao centro sanitario se produce en ambulancia, desaparecen as etapas previas, ben pasando á Unidade de Críticos, ben ingresando directamente.

⁵⁶ Esquema inspirado no modo de funcionamento do Servizo de Urgencias do Hospital Universitario de Santiago de Compostela, aínda que ben puidera ser extrapolado a calquer outro servizo de Urgencias dun hospital público.



Esquema nº26. Percorrido do Usuario no Ingreso programado ó hospital.
Elaboración propia.

Descrición do Proceso: 1) O ingreso programado, por definición, é un procedemento pensado e planificado previamente. Polo tanto, téñennos que informar de que imos ingresar no hospital un determinado día a unha determinada hora. Xeralmente o aviso realízase vía telefónica. **2.a)** O ingreso despois pode facerse acudindo directamente á planta na que ingresaremos (presentándonos en Control de planta) ou **2.b)** acudindo previamente ao Servizo de Admisión. **3)** Acto seguido, ingresaremos na planta e habitación que nos corresponda. **4)** Como porta de saída do hospital, están a alta hospitalaria ou o traslado a outro hospital.

Nestes dous itinerarios posibles de ingreso no hospital público, podemos distinguir catro momentos diferenciados a nivel Comunicativo:

- **A Comunicación Previa ó Ingreso.** No caso de Urxencias, será toda aquela que se produza na área de Urxencias entre o paciente e/ou o familiar acompañante e os profesionais sanitarios e non sanitarios.
No caso dun ingreso programado, é aquela que ten lugar previamente para avisar o paciente do momento de ingreso no hospital.
- **A Comunicación na chegada ó hospital,** ben no Servizo de Urxencias, ben no de Admisión. No primeiro caso, o Usuario explicará os motivos polos que acode ó hospital, a non ser que non entre consciente, caso dun ingreso en ambulancia.
No segundo caso, a Comunicación debeu establecerse previamente, cando avisaron o Usuario do ingreso hospitalario. Neste momento, debe facerse unha comunicación de benvida, especialmente se se trata dun ingreso programado. Debería poñerse ó día ó Usuario nos seus dereitos e deberes, darlle a coñecer os servizos dispoñibles no centro e

información de utilidade (Liñas de autobuses, aparcamento, horarios de comidas, plano do hospital...), ademais da información médica necesaria.

No caso dun ingreso a través de Urgencias, debe ser sobre todo unha Comunicación Coordinada, que tranquilice e que informe.

Pode existir asimesmo un paso intermedio, previo ó ingreso en planta do doente. No caso de que non existan camas dispoñibles, os Usuarios agardan na denominada Sala de Preingreso. A Comunicación pode axudarlles a sobrelevar unha etapa tan incómoda.

- **A Comunicación en planta.** Unha vez ingresado o usuario, recibirá os coidados e a atención de persoal facultativo, sanitario e non sanitario. O persoal facultativo ocuparase da información médica relativa á súa enfermidade; o persoal sanitario levará a cabo unha comunicación de axuda no cumprimento das recomendacións médicas, na realización de probas, e nas necesidades diarias; o persoal non sanitario, polo común, levará a cabo unha información en aspectos xerais de organización, de dúbidas, de atención ós familiares, etc.
- **A Comunicación de Saída (Alta hospitalaria).** Restablecido o seu estado de saúde, o Usuario volta á casa, cunha serie de recomendacións médicas e de seguimento da doenza. Prescribíranse os medicamentos oportunos e os hábitos en saúde que correspondan. Aportaráselle información por escrito coas recomendacións médicas, levará consigo o formulario de alta e as receitas para mercar os medicamentos prescritos.
- **A Comunicación se hai problemas.** Para plantexar queixas ou consultas, os Usuarios acudirán ó Servizo de Atención ó Paciente, que se ocupa de tramitar as súas peticións e procurar darlles solución na medida das súas posibilidades.

O contacto co persoal do Hospital, como podemos comprobar, é continuo, de aí que as súas funcións comunicativas sexan tan importantes. O persoal hospitalario deberá ter presente que (López Schmid, 1999: 143):

- Os servizos de información, administración, controis de enfermería e calquer área onde se atenda o público, deberán atender sempre correctamente e con simpatía os usuarios.
- Calquer traballador debe atender con dilixencia calquer pregunta ou dúbida que proceda dun paciente ou familiar do paciente, procurando axudalo sempre ou indicándolle onde poden solucionar aquela pregunta que plantexan.
- Xamais deberá dicirlle a un usuario do seu centro que non pode axudalo porque descoñece a solución. En último extremo indíquelles onde está Información ou

chame vostede mesmo por teléfono interior e solucione aquela dúbida. Todo antes que deixalo sen máis.

- Dar todo tipo de explicacións de forma razoada e comprensible, e se llo temos que repetir, repetíremolo ata que nos entendan. Non esquecer nunca que nós somos os profesionais, o usuario non.
- Demostrar unha calidade humana digna dun centro sanitario ao servizo do cidadán.
- Este comportamento evitará moitos problemas e reclamacións e as nosas enquisas darán un resultado altamente positivo pois reflexarán a realidade; o incremento do grao de satisfacción do usuario ao utilizar este centro. Todo elo repercutirá evidentemente nunha mellora da imaxe do centro e do colectivo que nel traballa.

O Gabinete de Comunicación deberá planificar os protocolos e guías que seguirán cada un dos colectivos na Comunicación co Usuario. Ademais, impartirá ou coordinará os cursos de formación en comunicación, ós que asistirán os distintos colectivos do hospital.

Por canto ás canles ou dispositivos de Comunicación co Usuario, podemos distinguir dous grandes tipos en función de se se trata dunha Comunicación Directa ou Persoal; ou ben, unha Comunicación Indirecta, é dicir, por medio doutros soportes, canles ou mecanismos de Comunicación. Tamén se pode realizar a clasificación dende o punto de vista do tipo de información que se lle traslade ao usuario, distinguindo dúas categorías fundamentais: Información médica (relacionada co problema de saúde e cos aspectos médicos relacionados); Información xeral (aspectos informativos de relación coa institución hospitalaria). Polo tanto:

1) Comunicación Indirecta

1.1. Información Xeral

- **Arquitectura Corporativa e Sinalética.** A distribución do espazo e o estado das instalacións, así como os letreiros indicadores das distintas zonas do hospital e de como chegar a elas constitúen unha importantísima canle de comunicación co Usuario. Éste debería poder orientarse sen dificultade polas instalacións de acceso libre do hospital.
- **Revista ou xornal corporativo.** Elaborado polo gabinete de comunicación, o obxectivo é o de contarlles ós usuarios aspectos de interese relativos ó hospital. É unha canle, que contribúe a aumentar o coñecemento da institución e a transmitir unha imaxe en positivo.
- **Páxina web do Hospital.**

- **Guías de acollida**, con explicacións sobre a documentación necesaria para ingresar, os horarios de visita, horarios de comidas, as instalacións, etc. Descrición do proceso que vai a experimentar o doente dende a súa entrada no hospital até que marcha⁵⁷.
- **Guía de Urgencias e de Consultas Externas**, para que o usuario coñeza as “normas” do servizo e a documentación que debe presentar.
- **Carta de dereitos e deberes dos pacientes**, onde se recollen por escrito os dereitos e deberes dos usuarios do centro de atención sanitaria.
- **Follas informativas** acerca das prestacións do hospital e os servizos cos que conta.
- **Cartaces**. Xeralmente procedentes de campañas de prevención ou de promoción de hábitos saudables.
- **Enquisas de Satisfacción**. Son unha maneira de coñecer a opinión dos Usuarios acerca da atención recibida no Hospital.
- **Correo electrónico** ou envíos postais.
- **Contacto telefónico**.
- **Follas de reclamacións**.
- **Caixa de suxestións**.

1.2. Información médica.

- **Instrucións médicas**, entregadas aos usuarios con obxecto de que teñan presentes unha serie de recomendacións.
- **Formularios de Consentimento Informado** coas explicacións sobre o procedemento médico do que se solicita o consentimento.
- **Documentos de uso interno** con información médica do usuario, tales como a historia clínica, o documento de instrucións previas, etc.
- **Guías divulgativas** para a prevención/ coidado de enfermidades.

2) Comunicación Directa

- **Puntos de Información**, nos que o usuario pode pedir información de distinto tipo: sobre as instalacións, sobre o número de habitación dun familiar, horarios de visita, etc.
- **Servizo de Admisión**, do que xa comentamos previamente, é quen se ocupa da recepción, orientación e información ó doente en primeira instancia. Depende do Director Xerente ou máximo responsable da institución.

⁵⁷ Pódese consultar a do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), na súa páxina web: http://chusantiago.sergas.es/gestor/documentos_mostrar.asp?id=12

- **Servizo de Atención ó Paciente (SAP).** O equivalente ó Servizo de Atención ó Cliente de calquer empresa. Habitualmente depende da figura do Director Xerente e pretende ser un apoio no plan de humanización da asistencia.
- Comunicación co **persoal hospitalario:** médico, asistencial, administrativo e de servizos. O núcleo do servizo constitúe a relación asistencial, da que falaremos máis polo miúdo no Capítulo III, adicado á Comunicación médico - paciente. Porén, en calquer momento o Usuario pode demandarlle información a enfermeiras, auxiliares, persoal administrativo, etc. O deber do persoal é o de responder con amabilidade, tentando resolver a dúbida plantexada ou derivando o Usuario a quen corresponda.
- Outras.

4.4.3.1. SERVICIOS ORIENTADOS AO TRATO CO USUARIO

Todo no hospital debера estar orientado ao Usuario dos seus servizos. Os públicos internos, en maior ou menor medida, é probable que teñan trato cos Usuarios⁵⁸. Destaca, pola frecuencia de trato co Usuario, a actividade que desenvolven os Servizos de Admisión e de Atención ó Paciente, que deberan recibir a asesoría e formación en Comunicación oportuna.

Ademais, o Servizo de Atención ao Paciente, segundo se postulou dende o modelo de gabinete de comunicación proposto para o hospital, como punto de atención ao público que é en esencia, debería depender xerarquicamente do Departamento de Comunicación do hospital.

- **Servizo de Admisión**

O Servizo de Admisión que ás veces pode ser de Admisión e de Documentación Clínica⁵⁹ ocúpase da xestión de pacientes e da súa información clínica. Podemos resumir as súas funcións nas seguintes⁶⁰:

- a) Concesión de camas: Cando se precise unha cama, ben a solicite urxencias, consultas externas ou listas de agarda, será o Servizo de Admisión quen se encargue de localizala e outorgala. Cando un paciente sexa dado de alta, inmediatamente debe poñerse en coñecemento do Servizo de Admisión para asignarlle a outro paciente.

⁵⁸ Os traballadores dos Servizos Centrais adoitan ter, dado o seu obxecto e dinámica de traballo, un trato indirecto cos usuarios, pero constitúen unha das excepcións á norma: polo xeral, o persoal do hospital terá un trato continuo cos usuarios e cos seus familiares.

⁵⁹ Admisión e Documentación clínica poden integrar un servizo conxunto ou ser dous independentes.

⁶⁰ Procede de *Instituciones sanitarias Servicio Gallego de Salud, Sergas: temario oficial oposiciones: personal estatutario, celadores (1999)*, Ourense, Grupo Academia Postal.

- b) Organización de listas de agarda: Xestiona as listas de agarda tanto en hospitalización, como en consultas externas.
- c) Aviso ós pacientes do día e hora de ingreso.
- d) Custodia de pertenzas: Calquer paciente pode empregalo como depósito das súas pertenzas, quedando o servizo de Administración encargado da súa custodia.
- e) Identificación de pacientes: Pode empregarse o sistema de pulseira, na que conste nome e apelidos e a cama asignada.
- f) Control e autorización de altas: A alta do paciente debe solicitarse previamente no Servizo de Admisión e non pode producirse ata que dito servizo a conceda.
- g) Control e autorización de traslados: Autorizará calquer traslado dun paciente dun servizo do hospital a outro, e dito traslado non se efectuará sen dita autorización.

- **Consultas externas e Servizos centrais**
 - Programación da estrutura de axendas.
 - Xestión de citas.
 - Rexistro de actividade.
- **Hospitalización**
 - Solicitud de ingreso.
 - Programación de ingresos.
 - Xestión de camas.
 - Rexistro de episodios de hospitalización.
 - Demanda cirúrxica.
 - Programación cirúrxica.
 - Rexistro de intervencións.
- **Urxencias**
 - Rexistro de pacientes e asistencia.
- **Coordinación con outros centros sanitarios**
 - Xestión de traslados.
- **Secretarías asistenciais**
 - Da documentación clínica.
 - Do proceso asistencial.

- **Arquivo de historias clínicas**
 - Xestión do arquivo de historias clínicas.
- **Codificación clínica**
 - Conxunto mínimo básico de datos.
- **Xestión da historia clínica**
 - Xestión da historia clínica.
- **Atención a pacientes**
 - Titoría de clientes.
 - Información.
- **Sistema de información asistencial**
 - Cadro de mando de xestión.
 - Informes de actividade e/ou casuística.
 - Control e avaliación do sistema de información asistencial.

Táboa nº 30. Catálogo de funcións do servizo de admisión e documentación clínica.
Fonte: López Domínguez, 2007. Elaboración propia.

O Servizo de Admisión debe ser quen planifique e oficie a benvinda ós Usuarios e ós seus familiares. Deberá, polo tanto, proporcionarlles información a respecto de:

- Carteira de servizos.
- Distribución por plantas.
- Normas durante a estada hospitalaria.
- Dereitos e deberes do Usuario.
- Recomendacións.
- Identificación do persoal (Médico e enfermeira que o atenderán).
- Alta médica.
- Solución de todas as dúbidas que se lle plantexen.

O persoal de contacto pertencente a este servizo debe ter sido debidamente formado e entrenado no trato co usuario. Debe buscarse, ademais, un perfil cunha alta competencia comunicativa para que a acollida sexa agradable e non se convirta nun trámite burocrático.

- **Servizo de Atención ó Paciente (SAP)**

Entre outras, as súas funcións adoitan ser⁶¹:

⁶¹ Procede de *Instituciones sanitarias Servicio Gallego de Salud, Sergas: temario oficial oposiciones: personal estatutario, celadores (1999)*, Ourense, Grupo Academia Postal.

- a) Atender a pacientes e familiares e recibir as reclamacións que estes asinen. Garantir a absoluta confidencialidade sobre os temas, facendo saber a quen corresponda o necesario. Comunicar a reclamación a Dirección, quen denegará ou indicará o camiño da mesma, reclamando ó Servizo correspondente, que deberá dar resposta ó Servizo de Atención ó Paciente por escrito. Distribuír a queixa ás comisións habituais de control de calidade. Toda resposta ó paciente será asinada por Dirección. Cada mes, publicará un resumo das actividades do Servizo de Atención ó Paciente, indicando as recibidas, as contestadas, as pendentes, a súa procedencia e o servizo afectado. Todo o anterior será sen prexuízo da responsabilidade legal que poida derivarse.
- b) Realizar enquisas de satisfacción para coñecer a opinión dos usuarios.
- c) Defender os dereitos dos usuarios.
- d) Tramitación de probas e consultas que se realizan noutros hospitais.
- e) Coordinación cos Servizos Sociais externos ó Complexo Hospitalario.

A composición do Servizo de Atención ó Paciente estará formada por un médico, dous DUE, un asistente social, e un ou dous administrativos en función do número de camas do hospital (un administrativo, en hospitais con menos de 500 camas e dous, en caso de que supere dita cantidade)⁶².

Entre as cualidades que se lle esixen aos traballadores do Servizo de Atención ó Paciente destacan (SEAUS, 2000)⁶³:

- Capacidade para comunicar.
- Actitude de servizo, sen servilismos nin paternalismos.
- Orientación á búsqueda de resultados concretos con eficacia e eficiencia.
- Capacidade para o traballo en equipo e a colaboración.
- Receptividade e flexibilidade.
- Gusto pola innovación e o cambio.
- Capacidade para manexar a incertidume.
- Amplitude de miras, sen ampararse na norma.
- Integridade ante a información confidencial.
- Estabilidade emocional e resistencia ao estrés.
- Capacidade para absorber información complexa e intuición.
- Polivalencia.

⁶² Procede de *Instituciones sanitarias Servicio Gallego de Salud, Sergas: temario oficial oposiciones: personal estatutario, celadores (1999)*, Ourense, Grupo Academia Postal.

⁶³ *Guía Líneas estratégicas básicas en atención ao usuario*, editada pola Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, 2000.

- Ter capacidade para: observar, escoitar, interesarse e sentir.

Habitualmente, o Servizo de Atención ao Paciente depende de Dirección ou Xerencia. Porén, dende o presente traballo postulamos a súa dependencia do departamento de comunicación, posto que o que levan a cabo é unha función de trato e de información ao usuario, constituíndo un punto de encontro clave entre o hospital como institución e os usuarios:

“O Gabinete do Utente (GU)/ Gabinete de Informação e Orientação (GIO) deve ser uma unidade funcional dependente do Responsável de Comunicação”
(Kuteev, 2003: 5).

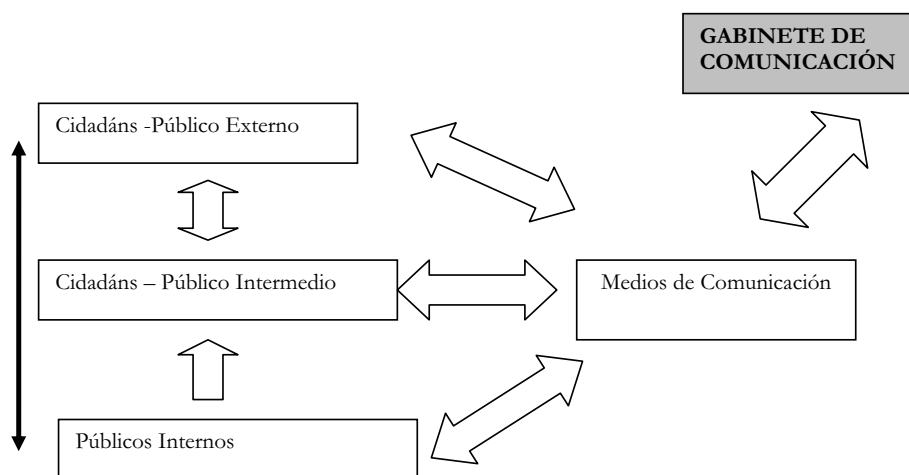
En cada hospital, o Departamento de Atención ó Paciente pode ter máis ou menos relevancia e, en función diso, un maior número de funcións. O abano de funcións de trato ao paciente é tan amplo como se queira plantexar (Cruz Sánchez et al., 2007: 657):

- A persoa que coordina o servizo é a encargada de transmitir como se debe prestar un servizo excelente. Ten a misión de ver o hospital cos ollos do paciente e de escoitar a este cos oídos do hospital.
- O responsable de atención ó paciente é quen recolle e analiza a información que transmite o paciente; pode facelo directamente ou a través do persoal dos departamentos que teñen contacto co paciente.
- Debe identificarse ante o paciente como a persoa que pode solucionar calquer tipo de incidencia mentres dure a súa estadía no hospital. Deberá proporcionar solucións e ser proactiva. En caso de que haxa unha reclamación, ocuparse de xestionala.
- É quen debe detectar os posibles focos de problemas ou de incidencias dentro do hospital e ha de coordinarse co responsable de dita área ou servizo para que se lle dea a solución correspondente.

Todos e cada un dos profesionais en contacto co usuario teñen a responsabilidade de transmitirle a este e os seus familiares a filosofía do hospital, que deba ser unha filosofía de servizo ao cidadán como forma de traballar.

4.4.4. COMUNICACIÓN HOSPITALARIA EXTERNA. RELACIÓNS COA SOCIEDADE, AS INSTITUCIÓNS E OS MEDIOS

É aquela que establece o hospital cos seus públicos externos co obxecto de manter con eles unha boa relación e de transmitir unha imaxe positiva de si mesmo. O público externo, que en calquer momento por unha cuestión persoal ou dun familiar pode converterse en público intermedio, recibe a meirande parte da información do hospital a través dos medios de comunicación. Por iso, os hospitais están interesados, como toda institución, en ofrecer unha imaxe positiva de si mesmos ó seu entorno.



Esquema nº 27. Incidencia do discurso dos medios de comunicación nos cidadáns.
Elaboración propia.

O Plan de Comunicación 2004-2008 do Hospital Donostia (2004: 15) clasifica en tres grupos as accións de Comunicación Externa da Unidade de Comunicación do dito hospital:

- As de **Divulgación Médico-Científica**: congresos simposios, web, actos institucionais (inauguracións, entrevistas, roldas de prensa...).
- As de **Proxección Institucional** e de Xestión, información pública institucional (do departamento de Sanidade autonómico), difusión pública da actividade do Hospital Donostia (memoria, publicacións especializadas) ou o Manual de normativa gráfica do centro (manual de estilo, identidade corporativa, carteis informativos...).

- As de **Cooperación cidadá**. Información e educación sanitaria a doentes, participación cidadá (visitas ó centro, actos lúdicos, xornadas de portas abertas...).

Na relación do Hospital cos públicos externos cobran especial relevancia tres dimensións:

1. A relación cos Medios de Comunicación.
2. A relación coa Sociedade.
3. A relación con outras Institucións.

1. A relación cos Medios de Comunicación.

As principais relacións informativas externas do Gabinete do Hospital establécense, coma en calquer Gabinete de Comunicación en xeral, por medio da Conferencia e da Nota de Prensa. A través destes dous mecanismos, o Gabinete daralles a coñecer ós medios as principais noticias en relación co hospital.

O Gabinete do Hospital público coordinará a súa actividade informativa co Gabinete da Administración Sanitaria correspondente – no caso de Galicia, co Gabinete do Servizo Galego de Saúde e da Consellería de Sanidade– facendo unha política comunicativa externa conxunta.

O Gabinete do Hospital privado posúe unha maior autonomía neste senso, aínda que se se trata dun grupo privado, o Gabinete pode recibir coordenadas dende a dirección de comunicación central.

Existe un tema informativo de especial relevancia para os medios de comunicación en relación coa actividade hospitalaria pública, que son as listas de agarda (tanto para os ingresos como para consultas externas). O SERGAS dá a coñecer os datos das listas de agarda de todos os hospitais públicos galegos (e de Povisa) de xeito periódico⁶⁴ e, automaticamente, se converten en tema de portada dos xornais galegos⁶⁵. Os datos, polo tanto, son enviados de maneira conxunta dende o gabinete central, o da Consellería de Sanidade.

⁶⁴ Sendo conselleiro de Sanidade José María Hernández Cochón (1996-2004) con periodicidade semestral (en xaneiro, cos datos de xuño a decembro, e en xullo cos datos de xaneiro a xuño); con M^a José Rubio como conselleira de sanidade (2004-2008), pasaron a publicarse trimestralmente (con inicio en xaneiro).

⁶⁵ “Rubio admite oito mil enfermos fuera de la lista de espera oficial” (*El Correo Gallego*, 09/05/08); “Sanidade coida que as listas de espera xa se están a reducir” (*Xornal.com*, 08/07/08); “El PP denuncia que la Xunta oculta a 20.000 pacientes en listas de espera para cirugía” (*Faro de Vigo*, 17/01/2008); “Desesperados con las listas de espera” (*El Mundo*, 16/01/07); etc.

Algúns requisitos do rol da comunicación a desenvolver polo Gabinete de Comunicación do hospital na súa relación cos medios son:

a. **Comunicación centralizada.** Toda comunicación cos medios debe pasar necesariamente a través do Gabinete de Comunicación. Polo tanto, o Gabinete de Comunicación do hospital debe coñecer a situación de cada un dos servizos médicos e todas as novidades que afectan ó funcionamento do hospital. Deberán establecerse unhas canles de comunicación constantes cos Xefes dos servizos e as Direccións do hospital, ademais de coa Xerencia.

A comunicación centralizada é un dos retos da Comunicación Hospitalaria xa que o hospital dá cabida a numerosos investigadores e profesionais de prestixio na área de Ciencias da Saúde que poden ter capacidade de convocatoria dos medios de comunicación. Aínda así, se aparecen na súa intervención pública vinculados ao hospital, a súa voz incidirá tamén na imaxe da institución, polo que deberían integrarse no fluxo comunicativo planificado e ordenado que parte do Gabinete.

Todos eles, polo tanto, deberían contemplar o Gabinete de Comunicación como o mediador na relación cos medios e coa sociedade, obviamente sen menoscabo da súa iniciativa como científicos e profesionais da institución, orixe de informacións de interese para os medios.

b. **Comunicación divulgadora.** A complexidade da linguaxe e terminoloxía médica obrigan o Gabinete a facer de divulgador médico na súa relación cos xornalistas, que na maior parte dos casos poden non estar especializados, para que a cooperación entre ambos faga que os cidadáns reciban unha información sanitaria, médica e sobre saúde de calidade.

“We highlight how important is for these two groups to operate from mutual public health agendas to insure that publics receive excellent health information” (Johnson Avery, Weaver Lariscy, 2007: 3).

Para iso, os propios profesionais dos departamentos de comunicación dos hospitais deberían estar especializados, é dicir, coñecer a linguaxe médica, saber documentarse e ter o coñecemento suficiente para contextualizar e divulgar oportunamente as informacións máis técnicas que se orixinen.

No capítulo II, coñeceremos algo máis dos requisitos e capacidades dos xornalistas especializados na área de saúde.

c. **Comunicación proactiva.** O Gabinete de Comunicación debe poñer en práctica unha comunicación externa proactiva e non limitarse a atender as demandas informativas dos xornalistas. Nese marco, propiciará a proximidade e a relación fluída cos xornalistas que se ocupan de cubrir as

novas da área de saúde, na súa calidade de fontes-orixe de información veraz e relevante socialmente.

Non obstante, os públicos internos deben estar informados sobre calquer feito que aconteza no hospital, antes de que saia difundido nos medios. Eles forman parte da institución, e deben dispoñer de información de primeira man sobre calquer aspecto da vida da organización antes que os medios.

**d. Comunicación respectuosa coa intimidade e confidencialidade dos datos dos pacientes:
O parte médico e a protección da intimidade dos usuarios**

A actividade informadora do gabinete de comunicación ten o seu límite no dereito á honra, á intimidade e á propia imaxe dos pacientes. A comunicación de partes médicos ou o permiso á entrada no centro de medios de comunicación (sobre todo, os medios audiovisuais ou gráficos) para a toma de imaxes deben ter moi presente dito dereito recollido na Constitución (art. 18 e art. 20.4) e noutros textos legais (Lei de Protección de datos; Lei 41/2002 de información ó paciente ou Lei 8/2008 de Saúde de Galicia, entre outras).

A Lei 41/2002 recolle entre os seus principios básicos que a dignidade da persoa humana, o respecto á autonomía da vontade e a súa intimidade orientarán toda a actividade encamiñada a obter, empregar, archivar, custodiar e transmitir a información.

No artigo 6.4 da Lei 8/2008 de Saúde de Galicia, recóllese como dereito relacionado coa integridade e intimidade da persoa o dereito a non ser gravada mediante fotografías, vídeos ou outros medios que permitan a súa identificación como usuaria dos servizos sanitarios, a non ser que a persoa, logo de serlle explicados os motivos da súa realización e o seu ámbito de difusión, preste o seu consentimento expreso para iso.

O parte médico é un tipo de comunicado no que o hospital dá a coñecer oficialmente o estado de saúde dun ou dun grupo de pacientes. Os hospitais adoitan emitir partes médicos sobre o estado de saúde dunha ou varias persoas cando se considera que a información ten relevancia pública.

O parte médico pode facilitarse vía telefónica (habitual cando se realiza a requirimento dos medios), por escrito (mediante nota de prensa) ou a través dunha comparecencia dun voceiro do hospital (mediante conferencia de prensa). A información que se transmite nos partes médicos é moi xeral

(dáse unha valoración da gravidade do paciente) e no caso de persoas anónimas, proporcionáanse as iniciais e/ou idade do paciente xa que debe protexerse a súa identidade⁶⁶.

Ademais, o Gabinete de Comunicación debe solicitar o permiso do usuario ou dos seus familiares para dar a coñecer esa información.

Aínda así, o parte médico atópase no fío da legalidade, pois, aínda que dende o hospital só se faciliten as súas iniciais, os medios que indagan acaban por identificar o nome do paciente ingresado. Por iso, o Complexo Hospitalario de Ourense é o único hospital galego que mudou oficialmente a súa política comunicativa a este respecto e, na actualidade, en lugar de proporcionar parte médico, remiten o medio ao xulgado de garda. Segundo explica a súa responsable, Myriam Sierra⁶⁷, a non ser que a información sexa necesaria en termos de servizo público (p.ex. se se producise un accidente de grande envergadura), o Complexo Hospitalario ourensán mantense silente nesas situacións⁶⁸. Porén, a comunicación de partes médicos é unha práctica vixente en hospitais públicos e privados.

Respecto da toma de imaxes nos hospitais, debe terse en conta que a Lei Orgánica 1/1982 de 5 de maio, sobre protección civil do dereito á honra, á intimidade persoal e familiar recolle no seu artigo 7 que será considerada unha intromisión ilexítima a captación, reprodución ou publicación por fotografía, filme ou calquer outro procedemento a imaxe dunha persoa en lugares ou momentos da súa vida privada ou fóra deles⁶⁹.

Pola contra, non se consideran intromisións ilexítimas (art. 8):

- Se existe consentimento expreso do titular do dereito.
- Cando estean autorizadas pola autoridade competente de acordo coa lei.
- Cando predomine un interese histórico, científico ou cultural relevante.
- Cando a imaxe dunha persoa determinada apareza como meramente accesorio.

Referíndose aos menores de idade, a Lei 1/1982 dicta que o consentimento dos menores ou incapaces deberá prestarse por eles mesmos se a súa madurez o permite de acordo coa lexislación civil e nos restantes casos será o seu representante legal quen expresará o consentimento por escrito e o porá en coñecemento previo do Ministerio Fiscal (art. 3).

⁶⁶ Poden observarse os partes médicos emitidos polo Gabinete de Comunicación da Dirección Provincial do SERGAS en Pontevedra no Anexo I.

⁶⁷ Nunha conversa mantida o 03 de Febreiro de 2009.

⁶⁸ Nun protocolo aprobado por Xerencia en Febreiro de 2009.

⁶⁹ O usuario debe asinar un formulario conforme autoriza a gravación de ditas imaxes. A toma de imaxes do primeiro bebé do ano, por exemplo, é un tema informativo recorrente para os medios, aos que os proxenitores adoitan acceder.

Por outra banda, no artigo 4.2 da Lei Orgánica 1/1996, de 15 de xaneiro, de protección xurídica do menor establécese que a difusión de información ou imaxes ou nome dos menores nos medios de comunicación que poidan implicar unha intromisión na súa intimidade, honra ou reputación ou que sexa contraria aos seus intereses determinará a intervención do Ministerio Fiscal, que instará medidas cautelares e de protección así como as indemnizacións que correspondan ante os perxuízos causados.

No mesmo artigo indícase que se considera intromisión ilexítima no dereito ao honor, á intimidade persoal e á propia imaxe do menor, calquera utilización da súa imaxe ou do seu nome nos medios de comunicación que poida implicar menoscabo na súa honra ou reputación, ou que sexa contraria aos seus intereses, mesmo se consta o consentimento do afectado ou dos seus representantes legais.

O Gabinete de Comunicación debe ter en conta todo o exposto á hora de facilitar partes médicos e de autorizar a gravación de imaxes no interior do hospital.

2. As relacións coa Sociedade.

O Hospital debe promover as relacións da institución co seu entorno, pois son moitas e diversas as actividades de servizo social que pode levar á práctica.

Algunhas liñas de actuación que integran esta faceta son:

- Promover foros de diálogo cos pacientes.
- Colaborar coas Asociacións de Doentes xa existentes, na organización de eventos ou encontros que dean a coñecer socialmente a súa problemática favorecendo a sensibilización social.
- Colaborar con entidades sen ánimo de lucro que fomenten a concienciación da sociedade en materia de prevención de riscos para a saúde.
- Colaborar na posta en marcha de campañas de concienciación social sobre determinadas doenzas e promoción de hábitos saudables.
- Participar en actividades que teñan por obxecto educar en saúde.
- Contribuír á solidariedade cidadá en materia de saúde, a través de accións comunicativas que promovan esta dinámica, especialmente, a respecto da doación de órganos e de sangue.

- Participar en equipos de traballo da área socio-sanitaria promovendo a formación de consellos locais de saúde e programas de medicina e saúde comunitaria.
- Colaborar na reinserción social de enfermos despois dun tratamento ou hospitalización que producira unha ruptura coa normalidade da súa vida cotiá.

Coa transmisión de coñecemento médico-sanitario dende o Hospital conséguese un beneficio mutuo (Didac Amat, 2003):

- Gaña o público porque a información sobre saúde dende os equipos médicos ten para os pacientes maior garantía e maior seguridade.
- Gaña o Centro porque mellora a súa función e actividade, a súa percepción pública e a fidelización de pacientes. E porque apoia e dá coherencia á unha boa relación médico-paciente que debe existir.

3. A relación con outras Institucións e Empresas.

3.1. Relación coa Administración Pública.

Se o hospital é de titularidade pública, resulta obvio que como parte da rede hospitalaria pública, manterá relación constante con outras institucións da Administración sanitaria (autonómica e estatal), pero tamén con outras institucións públicas: o Concello, a Universidade, etc. Tamén o hospital de titularidade privada estará interesado en ter unha boa relación coa administración pública galega.

3.2. Relación con empresas.

O hospital mantén unha relación comercial coas empresas provedoras, o que as converte nun dos seus públicos de referencia. Por outra banda, están as relacións con hospitais privados con ánimo de lucro (por exemplo, para a derivación de pacientes), ou as relacións con empresas da industria farmacéutica, que son, en numerosas ocasións, as entidades promotoras de congresos científicos, e, nese sentido, potencian a formación dos colectivos profesionais que traballan no hospital. Ademais, patrocinan outras actividades do marco sanitario (premios á investigación, bolsas, cursos, etc.).

3.2. Relación coa Administración de Xustiza.

Existe unha relación importante e constante entre o Hospital e a Administración de Xustiza, derivada da atención prestada a calquera vítima dunha agresión perseguible legalmente. Dita relación concrétese no envío do denominado “parte de lesións” ao xulgado, no que se dá conta das lesións evidenciadas trala exploración do paciente, así como as causas alegadas polo paciente, familiar ou acompañante⁷⁰.

⁷⁰ No Capítulo III, abóndase en maior profundidade este aspecto. No apartado Anexo 2, pode verse un exemplar en branco dun parte de lesións do CHUS.

5. BIBLIOGRAFÍA E FONTES CONSULTADAS NA ELABORACIÓN DO CAPÍTULO

Aguirre Baztán, A. (1994): “La institución como grupo cultural”, en Aguirre Baztán, A.; Rodríguez Carballeira, A., *Patios abiertos y patios cerrados : psicología cultural de las instituciones*, Barcelona, Boixareu Universitaria, páxs. 13-32.

Aguirre Baztán, A.; Rodríguez Carballeira, A. (1994): *Patios abiertos y patios cerrados: psicología cultural de las instituciones*, Barcelona, Boixareu Universitaria.

Álvarez, T. e Caballero, M. (1997): *Vendedores de imagen. Los retos de los nuevos gabinetes de comunicación*, Barcelona, Ed. Paidós.

Álvarez de Mon Pan de Soraluce, S. (2004): “Liderazgo e influencia: el arte de la comunicación”, en Bel Mallén, J. I. (coord): *Comunicar para crear valor. La dirección de comunicación en las organizaciones*, Pamplona, Ediciones Universidad de Navarra, páxs. 69-86.

Asociación de la Comunicación Sanitaria y Social (ACSAS) (1999): “Comunicación hospitalaria”, en *Todo hospital*, nº 154, páxs. 99-100.

Almansa Martínez, A. (2004): “Historia de los gabinetes de comunicación en España”, en *Revista Historia y Comunicación Social*, 9, páxs. 5-21.

Alonso Fernández, M. (2002): “Propuestas para mejorar la calidad de vida de los profesionales”, en *Cuadernos de gestión*, vol. 8, nº 3, páxs. 58-60.

Andrade, Horacio:

(2005): *Comunicación organizacional interna : proceso, disciplina y técnica*, A Coruña, Netbiblo.

(1991) “Hacia una definición de la comunicación organizacional”, en Fernández Collado, Carlos: *La comunicación en las organizaciones*, Mexico, Ed. Trillas.

Aparicio López, J. C. (2008): “Aplicación del marketing hospitalario y planes estratégicos”, en *Todo Hospital*, nº 249, páxs. 472-478.

Aranes Usandizaga, Jose Ignacio (1996): “La comunicación institucional de la administración pública: entre la lógica autista-instrumental y la democrática”, ZER, 1.

Disponible en: <http://www.chu.es/zer/zer1/12notinvaran.htm> [28/04/08]

Arceo Vacas J. L. (coord) (2004): *Las relaciones públicas en España*, Madrid, Ed. McGraw-Hill.

Avery, E. J.; Lariscy, R. W. (2007): “Public Relations Practitioners’ Relationships with Media and each other as moderators of excellent health information and the local public health agenda”, en *Public Relations Journal*, vol.1, nº1, páxs. 1-21.

Disponible en: <http://www.prsa.org/prjournal/> [12/05/08]

Bartoli, A. (1992): *Comunicación y Organización. La organización comunicante y la organización comunicada*, Barcelona, Paidós.

Bayona García, M. (2008): “Comunicación y participación de profesionales” en *Todo hospital* nº 245, páxs. 154-158.

Belenes, R. e Huguet, M. (2006): “Los clínicos en la gestión del hospital”, en Asenjo Sebastián, M. A. (di): *Gestión diaria del hospital*, Barcelona, Masson, páxs. 365-382.

Benavides, J. (2001): “Problemas conceptuales y metodológicos en el ámbito del Director de Comunicación” en VVAA, *Dirección de comunicación empresarial e institucional*, Barcelona, Gestió 2000, páxs. 19-45.

Bernays, E.

(1966): *Relaciones públicas*, Buenos Aires, Tronquel.

(1998): *Cristalizando la opinión pública*, Barcelona, Gestión 2000.

Black, S. (1994): *Las Relaciones Públicas. Un factor clave de gestión*, Barcelona, Hispano Europea.

Boada y Grau, J. Et al. (2007): “La cultura empresarial y los valores organizacionales”, en De la Fuente Anuncibay, R. e De Diego Vallejo, D., *Estrategias de liderazgo y desarrollo de personas en las organizaciones*, Madrid, Ed. Pirámide.

Brief, A. P. E Roberson, L. (1989). “Job attitude organization: An exploratory study”, *Journal of Applied Psychology*, 19, 9, páxs. 717 – 727.

Brunet, Luc (1992): *El clima de trabajo en las organizaciones. Definición, diagnóstico y consecuencias*, Mexico, Trillas.

Canel, M. J. (1999): *Comunicación Política. Técnicas y estrategias para la sociedad de la información*, Madrid, Ed. Tecnos.

Canilli, C. (1995): *Curso de Relaciones Públicas*, Barcelona, Ed. De Vecchi.

Capriotti, P. (1992): *La imagen de empresa. Estrategia para una comunicación integrada*, Barcelona, El Ateneo. [versión online, 2006, en <http://www.bidireccional.net>]

Cárcamo, C. (2008): *Círculos de calidad hospitalarios, ¿un modelo de participación fallido?*, en Todo Hospital, nº 245, páxs. 187-191.

Carrascosa, J. L. (1992): *Comunicación*, Madrid, Ciencias de la Dirección.

Carrión Maroto, J. (2007): *Organizaciones idiotas vs. Organizaciones inteligentes. Tratado sobre las inteligencias organizativas y sus fracasos*, Madrid, Prentice-Hall.

Castillo, Antonio (2004): “Nuevas tecnologías y comunicación: análisis de la intranet como soporte de la comunicación interna” en *Gestión de la comunicación en las organizaciones*, Losada Díaz (coord.), Ariel Comunicación, Barcelona, páxs. 271-288.

Celeiro Álvarez (2000) , L.: “A Comunicación na empresa e na institución”, en Álvarez Sousa (coord), *Realidade Social Galega*, Vigo, Ed. Ir Indo.

Cervera Fantoni, A. L. (2004): *La comunicación total*, Madrid, ESIC.

Coe, R. M. (1973): *Sociología de la medicina*, Madrid, Alianza Universidad.

Corella, J. M. (1998): *Introducción a la gestión del marketing en los servicios de salud*, Pamplona, Departamento de salud, Gobierno de Navarra.

Costa, J.

(1999): *La comunicación en acción. Informe sobre la nueva cultura de la gestión*, Barcelona, Paidós.

(1995): *Comunicación Corporativa y Revolución de los servicios*, Madrid, Ed Ciencias Sociales.

(1992): *Imagen pública: una ingeniería social*, Madrid, Fundesco.

Costa Badía, P. (2001): “Comunicación Pública en el ámbito local”, en VVAA, *Dirección de comunicación empresarial e institucional*, Barcelona, Gestió 2000, páxs. 249-274.

Cruz Sánchez et al. (2007): “Marketing para hospitales”, en Temes, J.L., Mengibar, M., *Gestión hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill.

Cuadrado García de Mendoza, José M^a (2006): “Análisis del clima organizativo: instrumentos para la negociación”, en Pérez, E; Ángel Oteo, L. (Ed.) *Función directiva y recursos humanos en sanidad*, Díaz de Santos, págs. 151-212.

Cutlip, S.M.; Center, A.H.; e Broom, G.M. (2006) *Effective public relations* (9th ed.), Upper Saddle River, New Jersey, Prentice-Hall.

Davara, F. J. (1994): *Estrategia de comunicación en marketing*, Madrid, Ed. Dossat 2000.

Del Moral, J. (2004): “La comunicación aplicada a las organizaciones desde las Ciencias de la información”, en Bel Mallén, J. I. (coord): *Comunicar para crear valor. La dirección de comunicación en las organizaciones*, Pamplona, Ediciones Universidad de Navarra, páxs. 35-52.

Del Pozo Lite, M. (1997): *Cultura empresarial y comunicación interna*, Madrid, Fragua.

De la Garza Villaseñor, L. (2000): “De los templos y santuarios a los hospitales: 6.000 años de historia”, *Revista de Investigación Clínica*, vol. 52, nº 1, páxs. 89-97.

De Marchis, G., Gil Casares, M., Lanzas, F. J. (2007): *Organización y psicología en la comunicación interna*, Madrid, Fragua.

De Mateo Pérez, R. (2007): “La información como activo de empresa”, en Túnuez López, M. (coord.) (2007), *Comunicación Preventiva. Planificación y ejecución de estrategias de información interna y externa ante situaciones de crisis*, Oleiros, Netbiblo, páxs. 113-146.

De Miguel Fernández, E. (2000): “¿Qué es gestionar? Los elementos clásicos de la Gestión: Planificar. Organizar. Dirigir. Controlar”, en Jiménez Jiménez, J. (Di) *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos*, Madrid, Díaz de Santos, páxs. 3-28.

Díaz Fernández, J.L. et al. (2007): “Gestión de la actividad médica”, en Temes, J. L., Mengibar, M., *Gestión hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill, páxs. 81-96.

Didac Amat, D.

(2003): “Los centros sanitarios generadores de conocimientos e información para sus usuarios. ¿Comunicación con los ciudadanos versus información para consumidores?”, *Todo Hospital*, 199, páxs. 537-543.

(1999): “Comunicación estratégica y modelo integral”, en *Todo Hospital*, nº 154, páxs. 103-108.

Drucker, P.F.

(2007): *Gestión del capital humano*, Barcelona, Ed. Deusto.

(1998): *La sociedad postcapitalista*, Barcelona, Ed. Apóstrofe.

Elías, J. e Mascaray, J. (1998): *Más allá de la Comunicación Interna. La Intracomunicación*, Barcelona, Gestión 2000.

Érrasti Goenaga, F. (2000): “Marketing y comunicación en el hospital”, en Jiménez Jiménez, J. (Di.) (2000): *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos*, Madrid, Díaz de Santos.

Farnós-Brosa, G. et al. (2007): “Gestión de los servicios enfermeros”, en Temes, J.L., Mengibar, M., *Gestión hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill, páxs. 97-113.

Fernández Collado, C. (2001): *La comunicación humana en el mundo contemporáneo*, Mexico, McGraw-Hill.

Fernández Souto, A. B.(2004): *Manual de programación e técnicas de relacións públicas*, Vigo, Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo.

Fonseca, A. (1998): *Comunicação institucional, contributo das relações públicas*, Maia, Instituto Superior da Maia.

Font, D. (2006): “Organización general del hospital moderno” en Asenjo Sebastián, M. A. (di), *Gestión diaria del hospital*, Masson, Barcelona, páxs. 383-396.

Gálvez Zaloña, Ramón (2006): “El rol de la dirección médica” en Pérez, E; Ángel Oteo, L. (Ed.) *Función directiva y recursos humanos en sanidad*, Díaz de Santos, págs. 309-337.

García, M. (1999): *Las relaciones públicas*, Madrid, Ed. Ágata,.

García Jiménez, J. (1998): *La comunicación interna*, Madrid, Díaz de Santos.

García Orosa , B.

(2005): *Los altavoces de la actualidad: radiografía de los gabinetes de comunicación*, A Coruña, Netbiblo.

(2004): “La comunicación organizacional externa. El rol del gabinete de comunicación en la administración electrónica” en actas do XIX Congreso Internacional de Comunicación, Universidade de Navarra, páxs. 483-494.

Gillis, Tamara L. (2006): *The LABC handbook of organizational communication: a guide to internal communication, public relations, marketing, and leadership*, San Francisco, Jossey-Bass.

Gómez, S. (2006): “Gestión del personal: El papel de los recursos humanos y las relaciones laborales en la orientación estratégica del sector sanitario”, en Ribera, J.; Gutiérrez Fuentes, J. A.; Rosenmöller, M. (coord.), *Gestión en el Sector de la Salud, Vol. 2, Elementos de gestión en las Instituciones*, Pearson Educación, Madrid, páxs. 375-404.

Gómez de Hita et al. (2007): “La gestión de personas: el marco jurídico en el Sistema Nacional de Salud”, en Temes, J. L., Mengíbar, M., *Gestión hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill.

González Borjas, A. (2004): “Salud, información periodística especializada en alza”, *Ámbitos*, 11-12, páxs. 301-310.

Gonzalo Molina, P. (2002): “La utilidad de la comunicación interna para los directivos”, en *Harvard Deusto Business Review*, nº 107, páxs. 36-45.

Granja Romero, E. (2002): “Gestión sanitaria: un planteamiento a través del engarce de conceptos vigentes”, en *Revista Galega de Actualidade Sanitaria*, vol. 1, nº 5, páxs. 384-389.

Grunig, J. E., & Hunt, T. (1984): *Managing Public Relations*. New York, Holt, Rinehart and Winston.

Hernández Rodríguez, A. (2002): “Planificar la comunicación”, en *Revista Latina de Comunicación Social*, 48.

Disponible en <http://www.ull.es/publicaciones/latina/2002/latina48marzo/4812ajhernandez.htm>
[15/04/2008]

Jablin, F. (1988): “Estudio de la comunicación organizacional: Su evolución y su futuro”, en Fernández Collado, C. E Dahnke, G. L. (Eds.), *La comunicación humana. Ciencia social*, México, McGraw-Hill, páxs. 111-142.

Jiménez Jiménez, J. (Di.) (2000): *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos*, Madrid, Díaz de Santos.

Johnsson, H. (1991): *La gestión de la comunicación*, Madrid, Ed. De las Ciencias Sociales.

Kreps, Gary L. (1990): *Organizational Communication*, New York, Longman.

Krohling Kunsch, M. (2006): “Planejamento e gestão de relações públicas nas organizações contemporâneas”, en *Análisi*, 34, páxs. 125-139.

Kuteev Moreira, P.

----- e Eglin, Gregor J. (2004): “Strategic challenges for corporate communicators in public service” en Sandra M. Oliver (ed.): *Handbook of Corporate communication and Public relations – Pure and Applied*, Londres, Ed., Routledge, páxs. 110-128.

(2003): “O Gabinete de Comunicação no Hospital”, en *Comunicação Empresarial*, nº 25, páxs. 4-9.

Lalueza i Bosch, Ferran

(2009): “Responsabilidad social corporativa: las relaciones públicas profilácticas”, ponencia presentada no curso de formación continua *Gabinetes de comunicación. Comunicación estratégica*, Universidade de Santiago de Compostela, Maio-Xuño de 2009.

(2007) *Sistemas y procesos de la publicidad y de las relaciones públicas II* (materiales didácticos de la licenciatura en Publicidad y Relaciones Públicas). Barcelona, Universitat Oberta de Catalunya.

(2006): “¿Constituye la comunicación persuasiva el paradigma comunicativo de la sociedad del conocimiento?” En *UOC Papers*, 3, UOC. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/3/dt/esp/lalueza.pdf> [12/11/08]

Lamata, F.

(2006) “Marketing hospitalario” en Asenjo Sebastián, M. A. (di.), *Gestión diaria del hospital*, Masson, Barcelona, páxs. 95-112.

(1994) *Marketing sanitario*, Díaz de Santos, Madrid.

Lapassade, G. (1999): *Grupos, organizaciones e instituciones: la transformación de la burocracia*, Barcelona, Gedisa.

Lebel, Marie-France e Pierre (1992): *Organizar la comunicación interna*. Barcelona, Gestión 2000.

Lessem, Ronnie (1992): *Gestión de la cultura corporativa*, Madrid, Díaz de Santos.

Libaert, T. (2005): *El Plan de Comunicación Organizacional*, Mexico, Ed. Limusa.

Likert, R. (1965): *Un nuevo método de dirección y de gestión*, Bilbao, Ed. Deusto.

López Domínguez, O. (2007): “Los servicios de admisión y documentación clínica”, en Temes, J. L., Mengibar, M., *Gestión hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill, páxs. 197-234.

López Schmid, J. (1999): “Imagen de un centro hospitalario a través de sus empleados”, en *Todo hospital* N° 154, páxs. 139-143.

López L.A, Aranda J.M. (1995): “Perspectivas de futuro de la Atención Primaria de Salud” en *Atención Primaria*, 15 (3), páxs. 140-42.

Losada, A. (1998): *La Comunicación institucional en la gestión del cambio : el modelo universitario*, Salamanca, Universidad Pontificia.

Losada Díaz , J. C.

(2002) *Prensa e imagen corporativa en la Universidad : los públicos internos*, Murcia, Universidad San Antonio.

(2004) (coord.) *Gestión de la comunicación en las organizaciones: comunicación interna, corporativa y de marketing*, Barcelona, Ariel.

Lougovoy-Linon (1978): *RRPP, función de gobierno, de la empresa y de la administración*, Esade, Barcelona.

Lucas Marín, A.

(1999): *Sociología de la comunicación*, Madrid, Trotta.

(1997): *La comunicación en la empresa y en las organizaciones*, Barcelona, Bosch Comunicación.

Magallón, Sara (2006): “Concepto y elementos de las relaciones públicas”, *Análisi* 34, páxs. 103-109.

March Cerdá, J.C. et al. (2002): “Marketing y comunicación interna en hospitales y en atención primaria: opinión de profesionales y de gestores”, en *Horizonte sanitario*, nº 1, páxs. 6-17.

Marrón Gallardo, A. (2000): “La gestión de la producción : El producto hospitalario. Programación de la actividad. Estándares de la actividad. Análisis y resolución de colas (Listas de espera)”, en Jiménez Jiménez , J. (Di) *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos*, Madrid, Díaz de Santos, páxs. 29-40.

Martí Salís, E. (2000): “La gestión de lo esencial: Gestión de Recursos Humanos (Profesionales). Selección. Motivación. Comunicación. Formación y desarrollo. Compensaciones”, en Jiménez Jiménez , J. (Di) *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos*, Madrid, Díaz de Santos, páxs. 301-314.

Martín-García, M; Ruiz-Hervella, V.; Sánchez-Bayle, M. (2005): “Satisfacción laboral en el personal de las fundaciones sanitarias en Galicia”, en *Revista de Administración Sanitaria*, 3 (2) , páxs. 303-313

Martín Martín, F. (1998): *Comunicación empresarial e institucional*, Universitas, Madrid.

Martínez Ortuño, I. (1994): “Modelo comunicativo para un hospital”, en Orive Riva, P., *Comunicación sanitaria*, Madrid, Dossat 2000, páxs. 78-83.

Martínez Solana, Y.

(2004): *La Comunicación Institucional. Análisis de sus problemas y soluciones*, Madrid, Ed. Fragua.

(2003): *Propuesta de un modelo responsable de información sanitaria: estudio del caso de la encefalopatía espongiforme bovina (EEB o “mal de las vacas locas”)*, Tesis doctoral, Madrid, Universidad Complutense.

McCormik, E. J. E Ilgen, D. R. (1985): *Industrial and Organizational Psychology*, London, Allen and Unwin.

Mellado Ruiz, C. (2005): *El proceso comunicativo al interior de la pequeña empresa industrial*, Salamanca, Universidad Pontificia de Salamanca.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008): Barómetro sanitario 2007, Madrid, Ministerio de Sanidad.

Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm> [14/07/08]

Mintzberg, H. (1984): *La estructuración de las organizaciones*, Barcelona, Ariel.

Miralles González, L. (2007): “La gestión de personas”, en Temes, J. L.; Mengibar, M., *Gestión hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill, páxs. 477-490.

Molotch, H. e Lester, M. (1974): “News as Purposive Behavior: On the Strategic Use of Routine Events, Accidents and Scandals”, *American Sociological Review*, 39, páxs. 102-112.

Moos, R. H. (1979): *Evaluating educational environments*, San Francisco, Jossey-Bass.

Morales Serrano, F.

(2006): *La comunicación planificada: estudio cualitativo de las variables estructura, gestión y valores en la comunicación de las organizaciones*, Tesis doctoral, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.

(2001): “Comunicación Interna”, en VVAA, *Dirección de comunicación empresarial e institucional*, Barcelona, Gestió 2000, páxs. 219-247.

Muñiz González, Rafael (2008): *Marketing en el siglo XXI*, Centro de Estudios Financieros (CEF).
Disponible en: <http://www.marketing-xxi.com/> [12/04/2008]

Nosnik, A. (2005): *Culturas organizacionales: origen, consolidación y desarrollo*, A Coruña, Netbiblo.

Ongallo, C. (2007): *Manual de comunicación : guía para gestionar el conocimiento, la información y las relaciones humanas en empresas y organizaciones*, Madrid, Dykinson.

Palomo Vadillo, María Teresa (2001): *Liderazgo y motivación de equipos de trabajo*, Madrid, Ed ESIC.

Pastor y Aldeguer, V. (2007): “Evolución histórica de los hospitales” en Temes, J.L., Mengibar, M., *Gestión hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill, páxs. 1-21.

Pérez, R. A. (1996): *Estrategia publicitaria y de las Relaciones Públicas*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

Pérez Gorostegui, E.:

2006a) “Funciones y competencias directivas en el ámbito de las organizaciones sociales”, Pérez, E; Ángel Oteo, L. (Ed.) *Función directiva y recursos humanos en sanidad*, Díaz de Santos, páxs. 1-41.

2006b) “La dirección y gestión de Recursos humanos; innovaciones”, en Pérez, E; Ángel Oteo, L. (Ed.) *Función directiva y recursos humanos en sanidad*, Díaz de Santos, páxs. 43-86.

Perona Zuriaga, I., Marzá Vallés, L. (2002): “La motivación, el gran reto hospitalario”, *Todo Hospital*, 185, páxs. 173-177.

- Peters, G. (2003): *El nuevo institucionalismo. Teoría institucional en ciencia política* Barcelona, Gedisa Editorial.
- Pinillos A. (1995): “*Comunicación Interna, un paseo por el tiempo*”, *Harvard Densto Business Review*, 314, páxs. 48-63.
- Piñuel Raigada, J. L. e Gaitán Mora, J.A.(1995): *Metodología General. Conocimiento científico e investigación en la comunicación social*, Madrid, Ed. Síntesis.
- Porter, R. (2003): *Breve historia de la medicina: las personas, la enfermedad y la atención sanitaria*, Madrid, Taurus.
- Ramírez, T. (1995): *Gabinetes de comunicación. Funciones, disfunciones e incidencia*, Barcelona, Bosch Comunicación.
- Regouby, C (1989): *La comunicación global. Cómo construir la imagen de una empresa*, Barcelona, Ed. Gestió 2000.
- Ribera, J. et al. (2006): “La prestación del “servicio” sanitario”, en Ribera, J.; Gutiérrez Fuentes, J. A.; Rosenmöller, M. (coord.), *Gestión en el Sector de la Salud, Vol. 2, Elementos de gestión en las Instituciones*, Pearson Educación, Madrid, páxs. 79-117.
- Ries, A. e Ries, L. (2003): *La caída de la publicidad y el auge de las relaciones públicas*, Barcelona, Urano.
- Robbins, S. P. (2004): *Comportamiento organizacional*, México, Prentice-Hall.
- Rodríguez, J. M. (1991): *El factor humano en la empresa*, Bilbao, Deusto.
- Rodríguez Marín, J. e Neipp López, Mª Carmen (2008): *Manual de psicología social de la salud*, Madrid, Ed. Síntesis.
- Ruiz, A. (1990): *Marketing de servicios*, Buenos Aires, Ed. Tesis.
- Ruiz Iglesias, L. (2004): *Claves para la gestión clínica*, Madrid, McGraw-Hill.

Sánchez-Anguita Muñoz, A. (2006): *Satisfacción laboral. Autoeficacia, ansiedad y satisfacción*, Salamanca, Amarú Ediciones.

Sánchez-Candamio Méndez, M. (1994): “El hospital”, en Aguirre Baztán, A.; Rodríguez Carballeira, A. *Patios abiertos y patios cerrados : psicología cultural de las instituciones*, Barcelona, Boixareu Universitaria, páxs. 159-174.

Sanz, G.; Bruguera, M.; Salmerón, J. M. “Organización médica y sistemas de incentivación”, en Sebastián, M. A. (di): *Gestión diaria del hospital*, Barcelona, Masson, páxs. 167-181.

Sarrionandía Azaola, S. (2000): “La gestión de enfermería en un Servicio/ Unidad Clínica” en Jiménez Jiménez, J. (Di) *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos*, Madrid, Díaz de Santos, páxs. 399-428.

Schein, Edgar H. (1988): *La cultura empresarial y el liderazgo*, Barcelona, Plaza & Janés.

Sebastián, J. (1994): “La comunicación interna – Marketing interno”, en Lamata, F., *Marketing sanitario*, Díaz de Santos, Madrid, páxs. 195-205.

Secretaría Xeral da Consellería de Sanidade (2008): *Sistema sanitario de Galicia. Memoria 2006*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade.

Segura Gálvez, Mariana

(2006): “Determinantes de la motivación en las organizaciones sanitarias: cooperación y trabajo en equipo”, en Pérez, E; Ángel Oteo, L. (Ed.) *Función directiva y recursos humanos en sanidad*, Díaz de Santos, págs. 87-150.

(2004): “La comunicación en la gestión de las unidades clínicas”, en Ruiz Iglesias, L.: *Claves para la gestión clínica*, Madrid, McGraw-Hill, páxs. 680-720.

Servicio central de prevención de riscos laborais, SERGAS (2006): *Informe do estudo de clima laboral no SERGAS*, Santiago de Compostela, Servizo Galego de Saúde.

Silva Vázquez, M. (1992): *El clima en las organizaciones*, Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias.

Smircich, L., (1983), “Concepts of Culture and Organizational Analysis”, *Administrative Science Quarterly*, 28 (3), páxs. 339-358.

Solano Fleta (1995): *Fundamentos de las Relaciones Públicas*, Madrid, Ed. Síntesis.

Sotelo Enríquez, C.

(2004): “Historia de la comunicación en las organizaciones”, en *Gestión de la comunicación en las organizaciones*, Losada Díaz (coord.), Barcelona, Ariel Comunicación.

(2001): *Introducción a la comunicación institucional*, Barcelona, Ariel Comunicación.

Sousa, J. P. (2004): *Planificando a comunicação em relações públicas*, Florianópolis: Letras contemporaneas Ofician Editora.

Tagiuri, R. E Litwin, G. H. (1968): *Organizational climate. Exploration of a concept*. Boston, Harvard University Press.

Taylor, Shelley E.

(2003): *Psicología de la salud*, Mexico, McGraw-Hill.

(1995): *Health Psychology*, New York, McGraw-Hill.

Temes, J.L., Mengíbar, M. (2007): *Gestión hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill.

Theaker, A. (2004): *The public relations handbook*, Oxfordshire, Routledge.

Thompson, K.; Rodríguez Tarodo, A. (2000): *El Capital emocional : cómo cautivar los corazones y las mentes para conseguir empresas que triunfen a través del marketing y de la comunicación interna*, Madrid, ESIC.

Timoteo Álvarez, J. *Gestión del poder diluido. La construcción de la sociedad mediática (1984-2004)*, Madrid, Pearson Educación.

Torv Jordán, A (1999): “La comunicación interna como estrategia de gestión. La experiencia del Grupo Endesa”, en Silió Villamil, F. e Solas Gaspar, O. (ed.), *Nuevas perspectivas en la gestión entratgica de las de los recursos humanos en organizaciones sanitarias*, Granada, EASP, páxs. 120-125.

Túñez López, J. M.

(2004): “Relaciones informativas”, en *Gestión de la comunicación en las organizaciones*, Losada Díaz (coord.), Barcelona, Ariel Comunicación.

(1999): *Producir noticias. Cómo se fabrica la realidad periodística*, Santiago de Compostela, Tórculo Ediciones.

Valero Matas, J. A. (2007): *Instituciones y organizaciones sociales: un análisis sociológico*, Madrid, Pirámide.

Valls Roig, A. (1999): “Inteligencia emocional para el cambio organizativo”, en Silió Villamil, F. e Solas Gaspar, O. (ed.), *Nuevas perspectivas en la gestión entratégica de las de los recursos humanos en organizaciones sanitarias*, Granada, EASP, páxs. 128-143.

Van Riel, Cees B. M. (1997): *Comunicación corporativa*, Madrid, Prentice Hall.

Van Ruler, B. E Vercic, D. (2005): “Reflective Communication Management, Future Ways for Public Relations Research” en Kalbleisch, P. (ed.), *Communication yearbook*, 29, páxs. 239-273.

Varo, J. (1993): *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*, Madrid, Díaz de Santos.

Vázquez Burgos, Miguel Ángel (2004): *El profesional de las relaciones externas. Los gabinetes de comunicación desde la perspectiva periodística*, Barcelona, Bosch Comunicación.

Ventura i Boleda, J. (2001): “Comunicación Corporativa”, en VVAA, *Dirección de comunicación empresarial e institucional*, Barcelona, Gestió 2000, páxs. 161-218.

Villafañe, J.

(2005): *Quiero trabajar aquí : las seis claves de la reputación interna*, Madrid, Pearson Educación.

(1993): *Imagen Positiva. Gestión estratégica de la imagen de las empresas*, Madrid, Ed. Pirámide.

Weil, P. (1992): *La comunicación global: comunicación institucional y de gestión*, Barcelona, Paidós.

Westphalen, M. H.; Piñuel, J. L. (1993): *La Dirección de comunicación : prácticas profesionales, diccionario técnico*, Madrid, Ediciones del Prado.

Withworth, B. (2006): “Internal Communication”, en Gillis,T. (Ed.) *The LABC Handbook of Organizational Communication: a guide to internal communication, public relations, marketing, and leadership*, San Francisco, Jossey-Bass, páxs. 205-214.

Xifra, J.

(2007): *Técnicas de las relaciones públicas*, Barcelona, Ed. UOC.

(2003): *Teoría y estructura de las relaciones públicas*, Madrid, McGraw Hill.

Young M.B e Post, J. E. (1993): “Los ocho principios de la comunicación eficaz”, *Harvard Deusto Business Review* , 58, páxs. 94-103.

Capítulo II

INTRODUCCIÓN Á COMUNICACIÓN PARA A SAÚDE

ÍNDICE DO CAPÍTULO II

1. Introducción á Comunicación para a Saúde.	
Definicións e obxectivos.	242
1.1. Niveis e ámbitos de aplicación. A Comunicación Hospitalaria.	245
2. Aproximación a conceptos de interese: saúde, saúde pública, sanidade e medicina. A información sobre saúde, sanitaria e médica.	248
2.1. O concepto de saúde pública e a súa evolución	253
2.2. Os conceptos de sanidade e medicina. Información sobre saúde, sanitaria e médica.	260
2.2.1. Información sobre saúde sanitaria e médica	262
3. Información sobre saúde, sanitaria e médica nos medios de comunicación en España. Estado da cuestión.	265
3.1. A prensa xeralista: prensa de pago e gratuíta.	268
3.2. A televisión.	272
3.3. A radio.	280
3.4. As revistas.	282
3.5. A Rede.	285
3.5.1. O correo electrónico como canle de comunicación.	288
3.6. A prensa médica: breve historia e situación actual da prensa médica en España. O caso de diario médico.	291
3.6.1. Breve historia da prensa médica en España.	291
3.6.2. Descrición da situación actual.	294
3.6.3. O caso de <i>Diario Médico</i> .	297
4. Tratamento informativo da información sobre saúde, sanitaria e médica nos medios xeralistas. Xornalismo científico e xornalismo da saúde.	300
4.1. Crítica ao tratamento informativo actual. Proposta de mellora do ciclo de produción da información sobre saúde.	300
4.2. A especialización do xornalismo. O xornalismo da saúde.	309
4.2.1. Funcións do xornalismo científico e do xornalismo da saúde.	311

5. As fontes da información sobre saúde. O hospital como fonte de información.	317
5.1. Fontes de información sobre saúde. Proposta de clasificación.	317
5.2. Relación fontes-xornalistas na área da saúde.	326
6. Bibliografía e fontes consultadas na elaboración do capítulo.	330

1. INTRODUCCIÓN Á COMUNICACIÓN PARA A SAÚDE. DEFINICIÓNS E OBXECTIVOS

“Researchers who examine the impact of communication on health and health care delivery are privileged to focus upon processes of fundamental human import”
(Thompson, 2003: 1).

A Comunicación para a Saúde constitúe un eido de estudo que se centra en como a comunicación pode contribuír a mellorar a saúde das persoas de xeito individual ou colectivo. Como campo de estudo, a Comunicación para a Saúde desenvolveuse de forma prolífica a partires dos últimos vintecinco anos especialmente nos Estados Unidos. O nacemento de dúas publicacións adicadas exclusivamente a este tema no ámbito anglosaxón –*Health Communication* (1989) e *Journal of Health Communication* (1996)- contribuíu a consolidar o crecemento incipiente deste eido de investigación e dos artigos e traballos realizados nesta área, que, por outra banda, tamén atopan oco en publicacións médicas ou vinculadas ás ciencias sociais. Outras datas de referencia na consolidación deste ámbito de investigación foron (Thompson et al., 2003):

- 1975, ano en que se crea a *Health Communication Division* na Asociación Internacional de Comunicación (ICA).
- 1985, data en que nace unha sección de igual nome na Asociación Nacional da Comunicación (NCA).

Destaca o seu nivel de implantación e desenvolvemento nos Estados Unidos¹, onde a investigación sobre a comunicación para a saúde presenta tres características destacadas (Alcalay, 1999):

- É unha área de investigación aplicada, xa que fornece un contexto onde poñer a proba as teorías e principios da comunicación social.
- Ten pertinencia social. Pode desenvolver un importante rol social.
- Exércese en ámbitos interdisciplinarios. Dáse a colaboración entre os profesionais e investigadores da área de comunicación e os da área da medicina.

A área de Comunicación para a Saúde ten sido definida de moitas maneiras, aínda que a meirande parte das definicións subliñan as seguintes finalidades:

- Informar e influenciar as decisións individuais ou dunha determinada comunidade.

¹ Varios departamentos de comunicación ofertan programas de *magíster* nesta liña, como as Universidades de Northwestern, South Florida, Maryland, Kentucky, Texas, Michigan, Minnesota, Reno e California. Ademais, hai escolas de saúde pública que destacan a importancia da comunicación nos seus programas, como a John Hopkins School of Hygiene and Public Health ou a Tulane School of Public Health (Alcalay, 1999).

- Motivar os individuos e modificar comportamentos pouco saudables.
- Incrementar o coñecemento e a comprensión dos asuntos relacionados coa saúde.
- Favorecer o intercambio de información entre emisores e receptores, favorecendo o entendemento mutuo.

Dende unha perspectiva xeral, a Comunicación para a Saúde pode ser definida como o estudo dos diferentes parámetros de comunicación aplicados a contextos relacionados coa saúde.

“the study of communication parameters (levels, functions and methodologies) applied in health situations or contexts” (Cassata, 1980: 584).

A Organización Mundial da Saúde (OMS) destaca o seu papel no ámbito da mellora da saúde pública. Na súa definición, perfilanse os obxectivos de informar e difundir mensaxes e recomendacións relacionadas coa saúde, é dicir, promover saúde a través de manter na axenda pública a información sobre comportamentos saudables:

“a key strategy to inform the public about health concerns and to maintain important health issues on the public agenda. The use of the mass and multimedia and other technological innovations to disseminate useful health information to the public, increases awareness of specific aspects of individual and collective health as well as importance of health in development”. (Health Promotion Glossary, WHO: 1998, 18)

A Comunicación para a Saúde require dunha achega multidisciplinar que ten como obxectivo último o de mellorar a saúde da cidadanía.

“Health communication is a multifaceted and multidisciplinary approach to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging, and supporting individuals, communities, health professionals, special groups, policymakers and the public to champion, introduce, adopt, or sustain a behaviour, practice, or policy that will ultimately improve health outcomes” (Schiavo, 2007: 7)

Na comunicación para a Saúde, hai varias fronteiras importantes que se teñen que abordar (Martín Algarra, 1997): as relacións interpersoais entre os profesionais da medicina, as relacións dos profesionais cos pacientes, a comunicación nas organizacións sanitarias e a información periodística sobre o sistema sanitario.

A riqueza das investigacións enmarcadas neste eido baséase, polo tanto, no seu carácter de área multidisciplinaria, que bebe doutras ciencias sociais como son a Psicoloxía, a Socioloxía ou a Medicina.

“Health communication is influenced by different disciplines and theoretical approaches. Some of the most important theories can be divided into the following categories: behavioural and social sciences theories, mass communication theories, marketing and social marketing and other theoretical influences, including medical models, sociology and anthropology” (Schiavo, 2007: 32).

A Psicoloxía xerou un amplo corpo de literatura que foi moi influínte na investigación da Comunicación para a Saúde. As aportacións realizadas sobre a Comunicación terapéutica (na que foron pioneiros Rogers, Ruesch ou Bateson), así como os estudos sobre persuasión e influencia social (Bandura), ou sobre a psicoloxía de médico e paciente son só algunhas das múltiples achegas efectuadas dende este campo.

Dende a Socioloxía médica, realizáronse interesantes aportacións sobre a comunicación médico-paciente e sobre a estrutura social dos sistemas de prestación de atención en saúde.

Respecto da Medicina, cabe dicir que tamén se interesaron pola relación e a comunicación médico-paciente e que se realizaron interesantes investigacións nesta liña.

A investigación en Comunicación para a Saúde desenvolveuse paralelamente en dúas liñas principais: a investigación na prestación dos servizos sanitarios e a investigación na promoción da saúde. A primeira, adicada a estudar como a comunicación influencia os servizos de prestación da saúde (onde incluíríamos, por exemplo, a comunicación entre o profesional sanitario e o usuario) e a segunda, que estuda o emprego persuasivo da comunicación e dos *media* para promover a saúde pública (onde estaría, o estudo das campañas de promoción de hábitos saudables). Segundo Kreps et al. (1998), ambas correntes percorreron por separado e mesmo rivalizando en recursos ou espazo nas publicacións científicas, unha competición que xa comezou a remitir.

1.1. NIVEIS E ÁMBITOS DE APLICACIÓN. A COMUNICACIÓN HOSPITALARIA

Sendo un ámbito no que interveñen unha gran variedade de actores que interaccionan entre si en múltiples contextos, a aplicación da Comunicación para a Saúde contempla unha gran variabilidade de escenarios e estratexias. Xa só a nivel social, a Comunicación para a Saúde pode aplicarse en diferentes áreas (Coe, 1998): Comunicación Organizacional, Educación dos medios, Xornalismo especializado en saúde, Mercadeo Social, Comunicación de riscos ou “Eduentretemento” entre outros.

Cassata (1980) debuxou un panorama sobre os parámetros de estudo do campo da Comunicación para a saúde, no que diferencia diversos niveis de comunicación (persoal, interpersoal, grupal, organizacional e social); distintas funcións da comunicación; distintos contextos e diferentes estratexias.

Levels	Functions	Context	Communication Methodology
Personal	Diagnosis/ Problem Identification	Health Care Activity Physician Training	Interpersonal Skills Group Dynamics Skills
Interpersonal	Counsel/Therapeutics	Nursing Training Dental Training	Rhetorical Skills Linguistic Skills
Group/Team	Education/Prevention	Allied Health Training Hospital Administration	General Skills Medical Use and Strategies
Organizational	Cooperation/Maintenance	Public Health Health Education	Leadership Skills Management Skills
Societal/ Community	Interaction/ Relationship	Health Information Systems Behavioural Medicine	Speaking Skills Interviewing Skills Conflict Resolution

Esquema nº 28. Parámetros de estudo da Comunicación para a Saúde.
Fonte: Cassata, 1980: 585. Elaboración propia.

Así, a área da investigación da comunicación para a saúde pode concretarse en (Kreps et al., 1998):

- Diferentes niveis
 - A nivel intrapersoal, examinando os procesos psicolóxicos e mentais que influencian o coidado da saúde como crenzas, actitudes ou valores que predispoñen os comportamentos e as decisións sobre o coidado da saúde.
 - A nivel interpersoal, examinando as influencias nas relacións: entre provedor e usuario, a interacción terapéutica e educativa, e o intercambio de información relevante nas entrevistas médicas.
 - A nivel grupal, deténdose no papel da comunicación na coordinación interdependente dos membros dos colectivos, como equipos de atención médica, grupos de apoio, comités de ética, etc.
 - A nivel organizacional, interesándose polo emprego da comunicación para coordinar grupos interdependentes, mobilizar diferentes especialistas e compartir

información sanitaria relevante dentro dun complexo sistema de coidado da saúde que capacite para unha provisión multidisciplinar efectiva do coidado médico e da prevención de riscos relevantes para a saúde.

- A nivel social, investigando a difusión e emprego de información sobre saúde relevante para promover a educación en saúde e iluminar a práctica da prestación dos servizos sanitarios.

- Diferentes canles de comunicación

- Comunicación interpersonal entre provedores e consumidores;
- Comunicación entre os membros do equipo médico;
- Comunicación a través dos mass media;
- Comunicación mediante as novas tecnoloxías.

- Diferentes contextos

- Todos os lugares onde se xera e se intercambia información sobre saúde: fogares, escolas, clínicas ou hospitais.

No caso do contexto hospitalario, estamos ante un escenario no que a comunicación para a saúde se produce a diferentes niveis e mediante diferentes canles. Dunha banda, está a comunicación interpersonal na prestación da atención especializada de saúde, con especial énfase na comunicación médico-paciente; da outra, a comunicación para promover comportamentos saudables que podemos atopar a nivel interpersonal (entre o profesional sanitario e o usuario), pero tamén como parte das tarefas que leva a cabo o Gabinete de Comunicación do hospital na súa relación cos medios e coa sociedade. Por canto aos niveis, poderíamos distinguir:

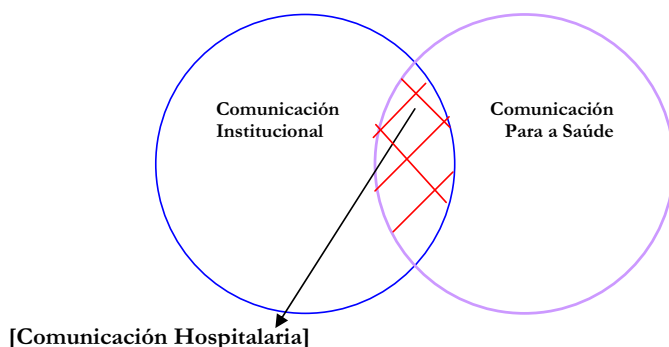
- Nivel interpersonal, a comunicación que se leva a cabo entre os profesionais sanitarios entre si e cos usuarios (con especial atención á comunicación médico-paciente).
 - Canles: comunicación directa, comunicación vía e-mail, telefónica...
- Nivel grupal, a comunicación que se produce a nivel interno entre os membros da organización, especialmente aqueles que traballan conxuntamente, que no hospital adoita ser o caso dos distintos servizos.
 - Canles: xuntanzas, comunicación vía e-mail, telefónica...
- Nivel organizacional, isto é, a comunicación que o hospital establece como institución cos seus distintos públicos, especialmente os intermedios e internos.
 - Canles: comunicación directa, comunicación vía-email, telefónica, actos internos, etc.
- Nivel social, a comunicación do hospital con outros actores sociais: medios, asociacións de usuarios, etc.

- Canles: Roldas e notas de prensa, congresos ou xornadas, comunicación publicitaria, etc.

A área da Comunicación Hospitalaria comparte polo tanto coñecementos e achegas da Comunicación Institucional (pola condición do hospital como institución que serve á sociedade) e aqueloutros da Comunicación para a Saúde, pois non hai que esquecer que o hospital ten como misión específica a de velar pola prevención, coidado e rehabilitación da saúde dos seus usuarios, así como a investigación na área médica para o avance na loita contra a enfermidade.

A Comunicación Hospitalaria conxuga aportacións procedentes da súa condición de institución coas especificidades de traballar por e para a saúde dos cidadáns. A Comunicación en Atención Primaria ou a Comunicación do Ministerio de Sanidade, por exemplo, serían outros casos de confluencia entre a comunicación institucional e para a saúde.

O hospital é, ademais, o escenario onde ten lugar un tipo de interacción moi estudado dende a *Health Communication*, a comunicación médico-paciente.



Esquema nº 29. A Comunicación Hospitalaria como confluencia da Comunicación Institucional e da Comunicación para a Saúde. Elaboración propia.

2. APROXIMACIÓN A CONCEPTOS DE INTERESE: SAÚDE, SAÚDE PÚBLICA, SANIDADE E MEDICINA. A INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE, SANITARIA E MÉDICA.

O hospital é unha institución que traballa diariamente na procura da saúde dos usuarios, mediante actividades de prevención da enfermidade, recuperación da saúde, promoción de hábitos saudables, investigación e docencia.

O presente capítulo ten por obxectivo achegármonos a unha serie de conceptos básicos vinculados coa actividade hospitalaria e coa comunicación, que serán empregados de maneira recorrente nas páxinas do presente traballo. Son termos que empregamos a miúdo, aínda que moitas veces non nos parásemos a reflexionar sobre eles. Cómpre coñecelos en profundidade para comprender mellor as tarefas da práctica da comunicación para a saúde, que poden e deben exercerse dende a institución hospitalaria.

O termo “saúde” (do latín *salus, salutis*) non significou sempre o mesmo. O que hoxe en día consideramos problemas de saúde non son os mesmos que os que identificarían os nosos devanceiros e situacións que anos atrás eran consideradas enfermidades hoxe non o son. Non é un concepto fácil de explicar. A definición máis clásica, imperante até fins do século XIX, entendía a saúde como a ausencia de enfermidade, formulando o concepto en negativo, pero a mediados do século XX a Organización Mundial da Saúde (OMS) pasou a definila como o estado de completo benestar físico, mental e social e non soamente a ausencia de afeccións ou enfermidades (1948), un concepto que buscaba integrar as dimensións física, psicolóxica e social da persoa (Menéndez Hevia, 2006).

O concepto de “saúde” como ausencia de enfermidade constitúe a idea central do que se coñece como “modelo biomédico”, que postula como ideas básicas que todo problema de saúde ten unha orixe biolóxica e que corpo e mente funcionan de modo independente. Ese reduccionismo biolóxico e o dualismo mente-corpo son, como dicimos, as súas premisas de partida. Estas implican como consecuencia que o diagnóstico e o tratamento orientado ós aspectos físicos da persoa son as únicas accións posibles dende os sistemas de saúde.

Por oposición a éste, aparecerá o modelo “biopsicosocial”, no que, como o seu propio nome indica, a saúde é concibida dunha maneira conxunta na que conflúen aspectos biolóxicos, psicolóxicos e sociais. A definición da OMS do ano 1948 supuxo o recoñecemento de que a saúde non debe ser contemplada atendendo de maneira exclusiva á perspectiva fisiolóxica da persoa.

Porén, esta definición, que no seu momento se considerou revolucionaria, foi e segue a ser obxecto de numerosas críticas:

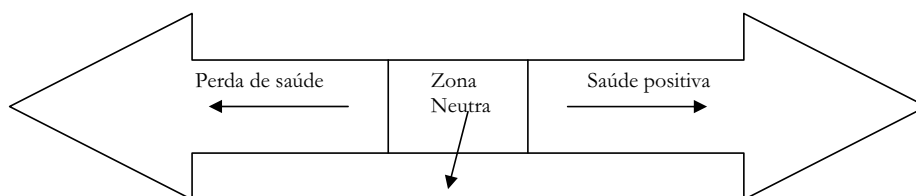
Segundo apunta Terris (1980):

- É un erro considerar o benestar coma un “estado” xa que non é unha situación estática, senón un proceso dinámico, graduable en distintos niveis na escala benestar/malestar. Por outro lado, a saúde non sempre equivale ao benestar xa que as persoas poden sentirse ben aínda que en termos clínicos non o estean.
- Ademais, a saúde abrangue dous aspectos: o aspecto subxectivo, é dicir, o do benestar (sentirse máis ou menos ben) e o aspecto obxectivo, a capacidade de funcionamento (funcionamento en diferentes graos).

Partindo deste autor, Salleras (1985) ubica nunha escala distintos niveis de “Saúde Positiva” que conducen na súa máxima expresión a un “elevado nivel de benestar e capacidade de funcionamento” e distintos niveis de “Perda de Saúde” que conducen a unha “Morte prematura”. En base a isto define a Saúde, como

“el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en que vive inmerso el individuo y la colectividad” (Salleras, 1985: 17)

CONTÍNUO SAÚDE-ENFERMIDADE



Non é posible distinguir o normal do patolóxico

Esquema nº 30. Modelo do *Continuum* Saúde – Enfermidade de Salleras (1985).
Fonte: Salleras, 1985: 16. Elaboración propia.

Outras das críticas que recibe a definición feita pola OMS é a de ser utópica e abstracta, ó tempo que emprega outro concepto, o de “benestar”, que tampouco resulta de fácil definición. En opinión de Martínez Hernández (2003:9)

“Equiparar bienestar a salud es un deseo, generado en el lógico optimismo de la postguerra mundial, que tiene el inconveniente de que la salud sería patrimonio de un grupo probablemente minoritario”.

Jover Ibarra (2006: 3) engádelle á dimensión obxectiva e subxectiva do termo o aspecto sociolóxico (adaptación social e traballo socialmente produtivo).

“La salud, por tanto, abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo)”.

Ademais, a definición da OMS obvia a dimensión cultural do concepto “saúde”. O que en determinadas culturas é considerado saudable, noutras non o é (pensemos na tribo dos *yanomamö*, na que a violencia contra a muller é considerada signo e síntoma de amor e aprecio); o que, nun momento histórico-cultural concreto foi considerado “enfermidade”, hoxe tampouco se considera como tal (as tendencias homosexuais, por exemplo). O concepto de “saúde” é un concepto dinámico e cambiante, cuxo contido varía en función das condicións históricas, culturais e sociais da comunidade que o formula e o acepta (De Miguel, 1985).

Segundo a nosa opinión, o concepto de “saúde” resulta de difícil explicación pola gran variedade de perspectivas e aspectos que inciden sobre el:

- Dende un punto de vista cultural, as normas e valores compartidos por unha comunidade poden condicionar tanto a dimensión do concepto como as prácticas que se consideran máis ou menos saudables.
- Dende unha perspectiva económico-social, a saúde está moi ligada á calidade de vida das persoas, vencellada claramente á posición económico-social na que éstas se atopen, á calidade de vida dos países nos que residan e ó desenvolvemento e características dos sistemas sanitarios deses países.
- Dende unha dimensión individual, pola importancia que adquire a compoñente subxectiva que cada persoa lle atribúe ó feito de *estar ben de saúde* ou de *ter saúde*.
- Dende a perspectiva da práctica médica, condicionada á súa vez polo contexto cultural, determínase un catálogo de enfermidades atribuíbles en base a uns determinados síntomas, que permite poñerlles nome, pero no que non están incluídas todas as enfermidades e doenzas que pode padecer o ser humano².

Como fomos vendo, a definición da OMS (1948), foi obxecto de reflexión e de reformulación continua. Na actualidade, a tendencia é cara a definicións que subliñen a capacidade de autorrealización do ser humano. Así, dende o Hastings Center (2004)³ considérase que a saúde caracterízase pola ausencia de males de consideración e, por tanto, pola capacidade dunha persoa de

² Pensemos, por exemplo, nas enfermidades de recente diagnóstico, que non cursan con síntomas físicos visibles, como a hiperactividade, que antes de ser diagnosticada e recoñecida como tal, non existía a ollos da práctica médica nin da sociedade.

³ Instituto de investigación, referente en temas de bioética: <http://www.thehastingscenter.org/>

perseguir as súas metas vitais e desenvolverse adecuadamente en contextos sociais e laborais habituais.

Con esta definición ao énfase tradicional na integridade e no bo funcionamento do corpo, engádesse o ánimo por “perseguir as metas vitais”, é dicir, o esforzo por satisfacer as necesidades de realización da persoa, para o cal precisará poder desenvolverse en contextos sociais e laborais habituais.

Na Lei 8/2008, do 10 de Xullo, de saúde de Galicia, considérase a saúde o estado da persoa que lle permite realizar as funcións vitais e sociais propias da súa idade, adaptarse e superar dificultades de forma socialmente aceptable e persoalmente satisfactoria.

Dende a nosa perspectiva, a saúde é un nivel de benestar físico, mental e social, subxectivo (dende a perspectiva propia) e obxectivo (dende a perspectiva da capacidade de funcionamento), que permite a actividade vital e social da persoa e que supón a base para conseguir as metas persoais, profesionais e sociais que lle permitan sentirse ben consigo mesma.

A nosa definición parte da consideración da saúde...

- Como un nivel de benestar físico, mental e social que é gradable e que conxuga as tres dimensións fundamentais da persoa (corpo, mente e capacidade de relación);
- Dende o subxectivo –dende o que un considera como tal- e obxectivo, coas condicionantes culturais e sociais que isto implique.
- Supón a base da actividade para conseguir os obxectivos persoais, profesionais e sociais, é dicir, independentemente de que se logren ou non, a saúde permítelle á persoa dispoñerse a investir os seus esforzos en acadar as súas metas.

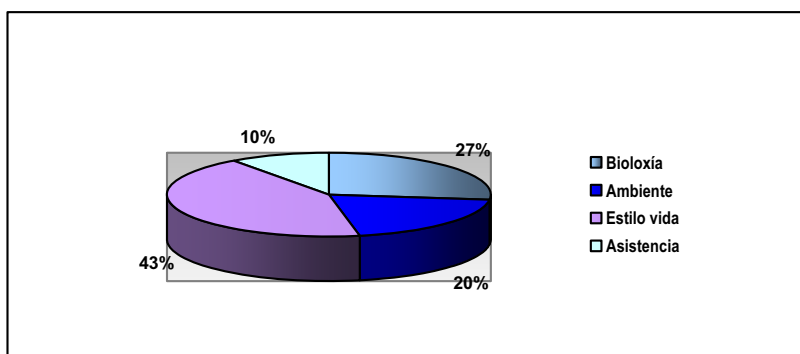
A saúde dunha comunidade está influenciada por unha serie de condicionantes coñecidos como *factores determinantes da saúde*, que foron propostos no ano 1974 polo ministro canadiano de Sanidade, Marc Lalonde⁴ e que son unha serie de condicionantes da saúde e da enfermidade en individuos, grupos e colectividade:

- **Factores Biolóxicos ou Endóxenos (Human biology):** Derivados de variables non modificables como a raza, o sexo, a idade e a xenética.
- **Factores ligados ó Ambiente ou Entorno (Environment),** onde se inclúen os distintos tipos de contaminación: biolóxica (debida a virus ou bacterias), química, atmosférica e sociocultural (como por exemplo o estrés).
- **Factores ligados ó Estilo de vida (Lifestyle):** Polo tanto, as condutas que teñen consecuencias na saúde. Entre os máis importantes destacan (Piédrola Gil, 2002):

⁴ Podemos consultar na Rede o documento de traballo no que se explicaba a importancia destes factores determinantes na saúde dos cidadáns canadianos e que leva por título *A new perspective on the health of Canadians* en http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf [17/09/07]

- Consumo de drogas: institucionalizadas (tabaco, alcol); ilegais (cocaína, marihuana, heroína) e fármacos psicoactivos.
 - Sedentarismo e falta de exercizo.
 - Mala alimentación, con consumo excesivo de azúcares e graxas de orixe animal.
 - Situacións psíquicas morbixenas: violencia, conducción perigosa...
 - Mala utilización dos coidados médicos.
- **Factores ligados ó Sistema de Asistencia Sanitaria (Health care organization):** O conxunto de centros, recursos humanos, medios económicos e materiais, tecnoloxías, prestacións, servizos, á súa vez condicionados por variables como a accesibilidade, a gratuidade, a calidade ou o nivel de cobertura que oferten.

Aínda que nos sistemas sanitarios actuais adicase a maioría dos recursos económicos á asistencia sanitaria, ésta non é o determinante máis importante da saúde. Segundo se recolle nos manuais de Medicina⁵, os determinantes da saúde teñen a seguinte importancia relativa:



Gráfica n° 4. Relevancia dos determinantes da saúde.
Fonte: VVAA (2004). Elaboración propia.

Segundo isto, o estilo de vida resulta ser o elemento máis determinante para a nosa saúde, un elemento que depende en boa medida das eleccións persoais —na alimentación, no aseo, nas relacións sexuais, por exemplo- e dos hábitos de vida, á súa vez condicionados por múltiples aspectos (económico-sociais, educativos e culturais, fundamentalmente), que constitúen uns modelos de comportamento sobre os que as institucións sanitarias buscan incidir, entre outras medidas, a través de campañas de prevención e promoción da saúde que vehiculan a través dos medios de comunicación.

⁵ *Manual CTO de Medicina y Cirugía. Medicina Preventiva*, CTO Medicina, 2004, Madrid.

2.1. O CONCEPTO DE SAÚDE PÚBLICA E A SÚA EVOLUCIÓN

Ademais do concepto de Saúde, existe o que chamamos Saúde Pública, unha área de actuación que convén ter presente por englobar unha serie de funcións que non se limitan á práctica médica, que implican a diversos sectores sociais e profesionais (entre eles, ós medios de comunicación), e que están moi vinculadas coa educación e coa comunicación para a saúde. Unha das definicións de referencia é a de Winslow (1920), que explicaba o seguinte:

“La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante esfuerzos comunitarios organizados en pro de la sanidad, del medio ambiente, el control de enfermedades infecciosas y no infecciosas y las lesiones, la educación del individuo en principios de higiene personal; la organización de servicios para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, así como para la rehabilitación, el desarrollo de la maquinaria social que le permita a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (apud Lemus, 2001:7).

Os termos Saúde Pública, por tanto, teñen unha definición ben ampla:

“La salud pública puede ser definida o considerada como una ciencia, como un conjunto de disciplinas, como una serie de técnicas, como un sector político-técnico del Estado, como un fenómeno social operado por una parte de la sociedad civil, entre otras cosas”. (Lemus, 2001: 18).

A saúde pública non só se ocupa da restauración da saúde da poboación, senón tamén da prevención e a educación en saúde.

“La Salud Pública es un conjunto de disciplinas que se ocupa de la salud y de las enfermedades de las poblaciones, que incorpora actividades no sólo médicas y abarca actuaciones en planificación, intervenciones como autoridad sanitaria, información sanitaria, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, cuidados y rehabilitación del enfermo, mediante la puesta en marcha de los servicios de salud necesarios” (Jover Ibarra, 2006:9).

A profesión de saúde pública trata do estudo, avaliación e control de diferentes exposicións sobre a saúde da poboación. A súa ubicación, fundamentalmente dentro da administración pública, sitúaa nunha posición natural receptora de problemas e emisora de respostas para os mesmos (Banegas e Tormo, 2001:8).

Simplificando moito, podemos dicir que a Saúde Pública comprende o conxunto de esforzos e actividades destinados a prever, previr e estudar as enfermidades de grupos poboacionais e a promover a saúde dos habitantes dunha comunidade. Por iso, se denominan “problemas de saúde pública” aqueles que nos afectan ou poden afectarnos a todos. Os accidentes de tráfico ou a

violencia machista serían dous exemplos de problemas de saúde pública, desprovistos da vertente máis sanitaria ou médica da cuestión. O incremento de embarazos non desexados, ou a proliferación de casos de obesidade e trastornos alimenticios serían casos máis vinculados co aspecto médico-sanitario.

O que diferencia fundamentalmente a Saúde Pública da Medicina Clínica, consiste en que esta última opera a nivel individual ou subindividual (investigación biomédica), mentres que a Saúde Pública adopta unha perspectiva grupal, baseada en colectivos ou poboacións. Como disciplina, diferénciase do que é a Medicina clínica, en tres importantes aspectos (Lemus, 2001: 9):

- A misión da Saúde Pública é previr máis que o tratamento da enfermidade.
- A unidade de medida da Saúde Pública é a comunidade como un todo, máis que os casos individuais.
- O modo de operación da Saúde Pública é a prevención a través da participación activa e da posta en común co público.

Os problemas e as actividades da área de saúde pública están moi vinculadas coas coordenadas económico-sociais da comunidade sobre a que se quere incidir. Así, os problemas de saúde pública nun país en vías de desenvolvemento, por exemplo, non coincidirán plenamente cos que pode haber no noso país. Todo está relacionado: os hábitos de vida son distintos; as condicións climáticas e ambientais tamén; o contexto económico, cultural e social é diferente; o nivel de desenvolvemento dos sistemas sanitarios tampouco é equivalente, o nivel de información das poboacións é distinto, etc.

Pero, ¿de onde procede este interese por mellorar a saúde da comunidade? Para entendérmonos ben como naceu a práctica da saúde pública, convennos realizar un breve repaso da súa historia máis recente⁶.

O xermolo moderno do que será a Saúde Pública está vencellado ó nacemento das cidades nas que, debido á acumulación de grandes cantidades de poboación, tiveron lugar importantes epidemias de peste. Para controlalas, durante a Baixa Idade Media, creáronse os Consellos de Saúde Municipais e desenvóléronse os lazaretos e os hospitais.

“La incipiente salud pública está ligada en su comienzo a la aparición y evolución de las ciudades, y, por ello, a la dinámica social y política de las mismas, caracterizada por la participación de los grupos más influyentes en la toma de decisiones, frente al personalismo y arbitrariedad del poder feudal”
(Marset e Sáez, 1999: 3).

⁶ Nas civilizacións antigas, non obstante, poden atoparse múltiples iniciativas de mellora da hixiene común. O imperio romano, por exemplo, é coñecido polas súas actividades nos campos da hixiene persoal coa construción de baños públicos e de enxeñería, coa construción de acueductos.

O século XVIII permitirá o nacemento da hixiene pública e o desenvolvemento de certa administración sanitaria, especialmente trala peste de Marsella (1720), que atemorizará os países veciños. En España, créase a Xunta Suprema de Sanidade, así como as Xuntas de Sanidade para un nivel de actuación máis local. Deste século é asemade a obra de Johann Meter Frank *System einer vollständigen medicinischen polizey*, composta por seis volumes escritos entre 1779 e 1819, ó longo dos cales o autor analiza as circunstancias que afectan a saúde, apuntando tamén ás condicións de pobreza.

Durante o século XIX, a Revolución Industrial dará lugar ó desenvolvemento social e político dunha nova clase social, o proletariado, cuxas demandas serán fundamentais para a mellora dos sistemas sanitarios públicos. En Inglaterra, podemos destacar dúas figuras de relevancia:

- Edwin Chadwick (1800-1890), avogado de formación, autor de *Las condiciones sanitarias de la población trabajadora en Gran Bretaña* (1842), quen entendía que había unha relación inequívoca entre saúde e hixiene pública, o que requería de melloras nas condicións hixiénicas, contando coa labor de enxeñeiros, mentres que un servizo de funcionarios médicos ocuparíase de vixiar as condicións hixiénicas e de velar polo cumprimento das leis.
- John Simon (1816-1904), precisamente *medical officer of health* (funcionario sanitario a tempo completo), que asentou as bases da *State Medicine* (desenvolvida por William Farr), que aposta porque o Estado desempeñe un papel activo na vixilancia e promoción da saúde dos cidadáns, o que requiría da elaboración de rigorosas estatísticas.

En Francia, a Revolución de 1789 garantirá o dereito dos pobres á saúde e en 1790 nacerá o *Comité de Salubrité*, cos obxectivos de controlar publicamente o exercicio da medicina e a súa ensinanza, a saúde pública e os servizos sanitarios.

En 1802 establécese en París un *Conseil de Salubrité* e sucesivamente organismos similares nas principais cidades francesas. A primeira revista da especialidade créase en 1829, *Annales d'Hygiène publique et de Médecine Légale*, e conta entre os seus fundadores con Parent-Duchatelet e Villermé. Posteriormente, na segunda metade do século XIX, o éxito de Pasteur, descubridor de diversas vacinas (entre elas a da rabia), marcará a transición dun modelo estatal intervencionista de orientación social, a outro de base fundamentalmente individual.

En España, o século XVIII foi unha época de relativa calma epidémica, entre un século XVII marcado polas epidemias de peste e un século XIX, pola febre amarela e a cólera. Ademais, a monarquía borbónica fomenta un ambiente máis favorable para a introdución de innovacións científicas descubertas no estranxeiro. O reinado dos Borbóns supón asimesmo a introdución en España dun modelo político-administrativo centralista, o que transferirá o control de todas as materias anteriormente desempeñadas polos municipios.

O século XX suporá a idade dourada ó tempo que a entrada en crise da área de Saúde Pública. Na súa evolución ó longo do século XX a nivel mundial, podemos distinguir tres periodos (Marset e Sáez, 1999):

- Unha primeira etapa (até os anos 30's), caracterizada por:
 - a) A construción da epidemioloxía como disciplina científica baseada na microbioloxía;
 - b) A separación entre a actividade curativa (privada) e a preventiva (pública);
 - c) A extensión do pensamento socialista entre os profesionais da saúde.

- Unha segunda etapa (até a crise fiscal do Estado en 1973), na que se dá a construción do Estado de Benestar, que se distingue por:
 - a) Configúrase unha nova epidemioloxía, que aplica o modelo anterior ás enfermidades non infecciosas;
 - b) O desenvolvemento, baixo a presión dos sindicatos e dos partidos de esquerda, dos Servizos Nacionais de Saúde, coa incorporación ós mesmos da actividade preventiva subordinada á curativa;
 - c) A creación da Organización Mundial da Saúde (OMS), que desempeña un papel de primeira magnitude na orientación sanitaria internacional.

- Unha terceira etapa (dende 1973 até a actualidade), caracterizada por:
 - a) A crise do Estado de Benestar a causa das contradicións do capitalismo, que conduce tamén á crise dos servizos sanitarios;
 - b) Crise de identidade na teoría e práctica da saúde pública, nun contexto de tensión entre as propostas tecnocráticas e as de participación e emancipación sociais;
 - c) O desenvolvemento da metodoloxía e conceptualización da epidemioloxía crítica.

Segundo Snehendu e Alcalay (2001) desde o remate da Segunda Guerra Mundial as principais forzas políticas e sociais actuaron xuntas para recoñecer a importancia da *saúde pública* como necesaria para crear sociedades felices en calquera parte do mundo. Aínda que a sanidade xa tiña fortes raíces en control epidémico, o rol moderno da Saúde Pública como un medio para combater todas as enfermidades previsible non emerxeu até a segunda metade do século XX. Así, a segunda metade do século XX converteuse na era da *epidemia dual*, durante a cal conviviron enfermidades infecciosas e problemas atribuíbles a unha sanidade pobre, xunto con enfermidades crónicas causadas principalmente por opcións de estilo de vida pouco saudables. A misión moderna da saúde pública evolucionou en gran parte da realización crecente, durante as tres últimas décadas de que, por diferentes razóns, o paradigma imperante de asistencia clínica non respondía plenamente ás necesidades das nacións do mundo.

Con este repaso histórico, percatámonos de como a saúde pública sufriu unha evolución moi ligada ós procesos de industrialización, da loita polas melloras sociais por parte do proletariado e o movemento sindical, do desenvolvemento do Estado de Benestar e de correntes de pensamento críticas que aínda hoxe fan avanzar o sistema sanitario. Pouco a pouco, o que en principio se reducía a meras medidas de hixiene –importantísimas no momento– ampliouse a unha concepción que fai fincapé na educación, na promoción e na prevención. Sen embargo, a Saúde Pública non pode en moitos casos cortar de raíz os problemas contra os que loita. Boa parte deles proceden de *doenzas* económico-sociais, un ámbito de actuación no que ten vedada a actividade (pensemos naqueles países onde a desnutrición é causa fundamental de mortalidade, co que non remataría con continua asistencia sanitaria porque existe un problema maior de fondo, a pobreza). Polo tanto, a Saúde Pública é unha área estreitamente vinculada a un contexto moi concreto, do que se derivan as súas posibilidades e a súa potencialidade, pero tamén as súas limitacións.

Como vimos de comprobar, o papel do Estado como gardián da saúde pública foi unha conquista social, que non sempre estivo aí. Segundo o Instituto de Medicina (IOM, EEUU⁷) o rol do goberno en saúde pública consiste en facilitar tres funcións (Snehendu, Alcalay, 2001: 30):

1. Valoración (*Assessment*), o que inclúe diagnóstico, vixilancia, cálculo de necesidades, recompilación e análise de datos, investigación e avaliación de resultados.
2. Desenvolvemento de políticas (*Policy development*), o que inclúe formulación e análise de medidas, establecemento de prioridades e obxectivos, definición de medios para alcanzalos, manexo de visións opostas e asignación de recursos, defensa e liderazgo das medidas, desenvolvemento de políticas públicas e estímulo de acción do sector público e privado a través de incentivos e de persuasión.
3. Seguridade (*Ensurance*), o que abrangue accións para asegurar que os servizos necesarios de asistencia sanitaria están garantidos para alcanzar os obxectivos consensuados, a implementación das responsabilidades lexislativas e estatutarias, o desenvolvemento de respostas apropiadas ás crises e os servizos complementarios, regulamentación dos mesmos e asegurar a contabilidade.

Na actualidade, as principais funcións que se lle atribúen á área de Saúde Pública son as de vixilancia do entorno, ideación de medidas efectivas; implantación de estratexias de promoción e protección da saúde, así como o desenvolvemento de programas preventivos e de acción directa e a avaliación das actividades que se levan a cabo (Hernández-Aguado et al., 2005: 8-9)

⁷ O *Institute of Medicine* (IOM) é un organismo norteamericano sen ánimo de lucro creado en 1970 en virtude dos estatutos da Academia Nacional de Ciencias para o asesoramento do goberno en materia de medicina e saúde. <http://www.iom.edu/>

- Valoración e vixiancia do estado de saúde da poboación e do impacto que teñen na saúde as políticas e intervencións públicas sanitarias ou doutra índole.
- Identificación das políticas efectivas que melloran a saúde e resolven os problemas de saúde pública e dos axentes que mellor poden aplicalas.
- Implantación e xestión eficiente das estratexias de saúde pública: promoción e protección da saúde.
- Desenvolvemento dos programas e servizos de prevención e dos de acción directa de saúde pública: control de brotes de enfermidade, manexo de desastres e outras crises de saúde pública.
- Aseguramento da provisión de servizos sanitarios efectivos, accesibles, de alta calidade e dirixidos polos seus resultados en saúde.
- Avaliación das políticas, as estratexias e os servizos de saúde pública.

Pola súa contribución ás tarefas da Saúde Pública, resultan de especial relevancia outras disciplinas, como son:

- A Epidemioloxía, que estuda os problemas de saúde a nivel colectivo. É considerada o brazo operativo e disciplina fundamental da Saúde Pública. Etimoloxicamente, a epidemioloxía sería o “estudo do que está sobre as poboacións”. A análise epidemiolóxica proporciona pistas acerca dos problemas de saúde das poboacións e as súas causas.

A epidemioloxía é considerada unha ciencia que se ocupa dos problemas de saúde/enfermidade a nivel de grupos poboacionais e, polo tanto, das relacións entre a saúde/enfermidade e as condicións de vida de diferentes grupos de poboación, en tanto a situación de saúde constitúe na práctica un espazo de construción interdisciplinario onde conflúen conceptos, métodos e técnicas diversas (Lemus, 2001: 47). Ten como obxecto de estudo principal os determinantes da saúde.

“Entre los determinantes se incluyen la frecuencia, las causas o factores de riesgo, los factores de prevención y las terapias, entre otros”. (Martínez Hernández, 2003: 51).

- A Medicina Preventiva, que actúa a nivel individual, buscando como o seu nome indica, a prevención como prioridade.

“El objetivo de la medicina preventiva es el control de los problemas de salud a nivel individual, en general mediante prácticas que se llevan a cabo en el curso de una entrevista personal con un profesional clínico (...) Las actividades de medicina preventiva se realizan por los servicios de atención sanitaria, como es la atención primaria de salud, los servicios especializados hospitalarios, las residencias sociosanitarias, etc.” (Rodríguez Artalejo, 2006: 35-36).

As actividades de prevención poden ser de tres tipos (primaria, secundaria ou terciaria), en función do nivel de avance da enfermidade. A prevención primaria é a parte da clínica que

ten por obxecto previr as enfermidades; a prevención secundaria pretende evitar que estas desenvolvan os síntomas ou conduzan á morte e a prevención terciaria ou rehabilitación busca conseguir restaurar a función perdida (Martínez Hernández, 2003).

Ademais da prevención en Saúde, existe a promoción da Saúde, un concepto de interese porque se diversifican os actores que participan de dita actividade máis alá do sector, dos profesionais e do sistema sanitario. A promoción da Saúde podemos definila como o conxunto de actividades orientadas a concienciar a poboación para que adquira hábitos de vida saudables. Os poderes públicos, pero tamén entidades privadas, asociacións ou individuos poden tentar contribuír a que mellore a saúde colectiva. Neste senso, os medios de comunicación poden axudar a promover hábitos de vida saudables, ben a través das campañas de publicidade institucional, ben a través dos espazos divulgativos e da información sobre saúde.

2.2. OS CONCEPTOS DE SANIDADE E MEDICINA. INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE, SANITARIA E MÉDICA.

Hai dous conceptos que están moi vinculados ó de “Saúde”, concretamente o de “Sanidade” e o de “Medicina”, que cómpre coñecer para tentar aplicalos con rigor.

A sanidade (do latín *sanitas, sanitatis*) é definida pola Real Academia Española como

-
1. f. Cualidad de sano.
 2. f. Cualidad de saludable.
 3. f. Conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio.
-

Polo diccionario María Moliner⁸, como

-
1. f. Cualidad de sano.
 2. f. Circunstancia de tener buenas condiciones para la salud un lugar, un clima, etc. Salubridad.
 3. f. Conjunto de servicios administrativos que se refiere a la salud pública. Se le aplica las designaciones civil (no militar), exterior (la ejercida en los puertos y fronteras), interior (la ejercida en el interior del país), marítima y militar.
-

Polo Dicionario Xerais da lingua (1982), como

-
1. f. Calidade de san, saúde, fortaleza.
 - 2.f. Salubridade, circunstancia de ter boas condicións para a saúde un lugar, un clima, etc.
 - 3.f. Grao maior ou menor desa circunstancia.
 4. f. Conxunto de servizos administrativos que se refiren á saúde pública.
-

Pola Lei 8/2008, de saúde de Galicia, como o conxunto de servizos públicos ordenados para preservar a saúde do común dos habitantes dun territorio administrativo.

Segundo Chimen Rabanillo (2004: 436), por sanidade enténdese

“el conjunto total de servicios ordenados por una comunidad para preservar la salud individual o colectiva. Se trataría del conjunto total de técnicas, programas y realizaciones que convierten la salud en su principal o único objeto de atención”.

Sanidade e saúde son e deben ser vocablos ben diferentes, pero que na maioría das ocasións, tanto cidadáns como profesionais da saúde e dos medios de comunicación, utilizamos como verdadeiros

⁸ <http://www.diclib.com/cgi-bin/dl.cgi?base=moliner&page=showpages>

sinónimos. Así, o Ministerio que se ocupa deste ámbito é o de Sanidade, aínda que se trata do “Sistema Nacional de Saúde”, que tamén se coñece como “Sistema Sanitario” e os “Centros de Saúde” dispensan máis sanidade que saúde, a pesar da súa denominación (Sánchez Martos, 2008).

Na nosa opinión, a sanidade constitúe o conxunto de servizos públicos e/ou privados dispostos por unha comunidade para o coidado da saúde dos seus habitantes, é dicir, os recursos humanos, materiais e tecnolóxicos ordenados para preservar a saúde individual e colectiva dos integrantes desa comunidade.

Outro concepto a termos en conta é o de medicina (del lat. *medicīna*), isto é, o da ciencia que aporta os coñecementos necesarios para recuperar a saúde ou evitar a enfermidade. Así, a RAE define este termo como

-
1. f. Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano.
 2. f. medicamento.
-

O diccionario Maria Moliner explica que se trata da

-
1. f. Ciencia que trata de las enfermedades y de su curación.
 2. f. Conjunto de los médicos y de sus actividades. “Historia de la medicina española”.
 3. f. Sustancia de las empleadas para tratar una enfermedad o dolencia. Medicamento.
 4. f. Procedimiento con que se cura o alivia algo. “Ayudar a los demás es una buena medicina contra el aburrimiento”.
-

O Dicionario Xerais da Língua (1982) apunta como definición

-
1. f. Ciencia que estuda a maneira de precaver ou curar todas as enfermidades do corpo humano.
 2. f. medicamento, menciña.
-

A medicina constitúe, para Herman San Martín (1986: 8)

“una disciplina técnica cuyo objetivo es la prevención de la enfermedad y/o la curación de ella y la rehabilitación del inválido.”

Chimeno (2004: 436) considera a medicina como parte da sanidade e defínea como

“aquella parcela de la sanidad responsable de precaver y restaurar la salud cuando ésta se ve amenazada o perdida.”

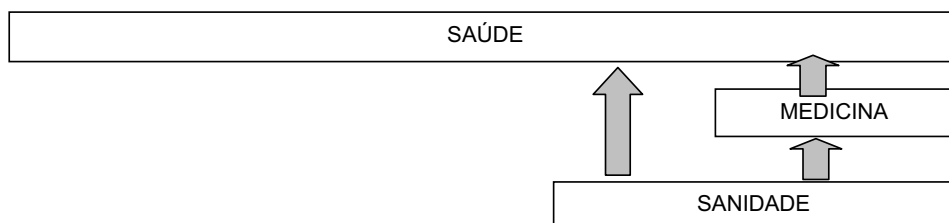
Porén, ditas acepcións limitan a medicina á curación da enfermidade, unha limitación que non se corresponde coas novas funcións que debe tentar abranguer a medicina na actualidade.

“Los fines de la medicina, a finales del siglo XX, deben ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. Han de poner un énfasis especial en aspectos como la *prevención* de las enfermedades, la *paliación*

del dolor y el sufrimiento, han de situar al mismo nivel el curar y el cuidar, y advertir contra la tentación de prolongar la vida indebidamente” (Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2004: 6).

Dende o noso punto de vista, a medicina é a ciencia que se ocupa de mellorar e manter a saúde das persoas a través da prevención da enfermidade, a curación e o coidado dos enfermos e a educación para a saúde da cidadanía. Buscamos, deste modo, incidir na importancia da prevención, o coidado e a educación como parcelas que tamén lle corresponden á medicina, ademais da tradicional atribución de curar a enfermidade.

Polo tanto, a sanidade e a medicina están ao servizo da saúde individual e da comunidade: a sanidade proporciona os recursos necesarios para prover saúde e a medicina, os coñecementos e as prácticas requiridas para impedir o seu deterioro ou lograr a súa mellora.



Esquema nº 31. Relacións entre saúde, sanidade e medicina. Elaboración propia.

2.2.1. INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE, SANITARIA E MÉDICA

As expresións información sobre saúde, información sanitaria ou información médica empréganse, a miúdo, como sinónimos. Polo xeral, a expresión “información sanitaria” é a máis utilizada, converténdose nunha terminoloxía - comodín, que abrangue todo o relacionado co sistema sanitario, coa saúde ou coas descubertas médicas.

En sentido amplo, a información sanitaria é definida como aquela que

“tiene por objeto el tratamiento del hecho informativo sanitario a través del conjunto de los medios de comunicación colectiva, en los niveles comarcal, regional, europeo y mundial, según los diferentes instrumentos (prensa, radio y TV), grados de actualidad (diaria o no diaria) y de pago o gratuita para intentar contribuir al mejoramiento de la calidad de la salud individual y social” (Orive Riva, 1994: 21):

Non obstante, habería que concretar a que nos referimos cando falamos de “feito informativo sanitario” e ter presente o novo papel que xoga a Rede como soporte e canle de información e comunicación sobre saúde.

Esteve e Del Moral (1999: 265) definen a información sanitaria como a

“Estructura informativa que tiene como objeto atender las necesidades sociales relacionadas con la salud, ofreciendo los resultados de las investigaciones médicas, así como las aplicaciones prácticas para el tratamiento de las enfermedades”.

A estrutura de referencia da información sanitaria abrangue os seguintes contidos para Chimenó (2004: 439):

- Información sobre os dereitos e os deberes dos pacientes.
- Programas de política sanitaria, tanto a nivel de prevención e educación para a saúde, como a nivel técnico-asistencial.
- Formación e praxe sobre especialidades médico-sanitarias e teorías e técnicas clínicas e cirúrxicas.
- Datos epidemiolóxicos ou todo o relacionado cos estados de saúde da poboación global e parcialmente falando.
- Investigación sanitaria e farmacolóxica.
- Medicinas alternativas: as fundamentadas en produtos naturais (homeopatía); as fundamentadas en técnicas de manipulación manual (a mesoterapia, por exemplo); as fundamentadas nas técnicas de manipulación de aparatos (a acupuntura).

Dende a nosa perspectiva, buscando o rigor no emprego da expresión, información sanitaria é aquela que fai referencia ao sistema sanitario, composto polos órganos de xestión, as infraestruturas e os recursos humanos, materiais e tecnolóxicos destinados á atención e coidado da saúde da poboación.

A información sobre saúde, pola súa banda, faría referencia a toda aquela relativa aos problemas de saúde individual e pública; as ameazas á saúde individual e/ou social nun momento dado; as enfermidades; os factores do estilo de vida que inciden sobre a saúde ou os comportamentos e hábitos que favorecen a saúde da poboación.

A información médica sería aquela que engloba as técnicas, os procedementos ou as terapias empregadas para mellorar a saúde dunha persoa e da colectividade; os resultados da aplicación de ditas técnicas, procedementos ou terapias; as descubertas e investigación biomédica e os fármacos.

De maneira que, trala información sobre saúde, predominaría o criterio social; trala información sanitaria, a perspectiva político-económica e de xestión e trala información médica, o punto de vista científico.

Tipos	Información sobre saúde	Información sanitaria	Información médica
Perspectiva	Social	Xestión (económico-política)	Científica
Suxeito do feito noticioso	Persoas Grupo/s de persoas	Institucións Representantes institucionais Profesionais sanitarios	Investigadores Centros de investigación Profesionais sanitarios
Exemplos	Incidencia dos trastornos alimenticios	Folga de médicos	Descuberta farmacolóxica

Táboa nº 31. Enfoques da Información Sanitaria, sobre Saúde e Médica.
Elaboración propia.

Información sanitaria, sobre saúde e médica non representan categorías excluíntes. Non resultará difícil que nunha información aparezan entrelazadas varias perspectivas, aínda que habitualmente haxa algunha que apareza priorizada sobre as outras.

En consecuencia, consideramos que a denominación máis correcta para a área da especialización xornalística sería a de “xornalismo da saúde” en base aos seguintes criterios:

- A saúde como concepto central. A sanidade e a medicina actúan a prol da saúde, de maneira que a finalidade primeira e última da xestión dos recursos sanitarios e dos coñecementos e investigación médica é lograr atender e mellorar a saúde dos cidadáns.
- O obxectivo da especialización xornalística neste campo consiste en manter informada a poboación sobre as cuestións de relevancia para a súa saúde.

A denominación “xornalismo médico”, segundo cremos, resulta máis apropiada para outro tipo de xornalismo: aquel que vai dirixido aos profesionais sanitarios (prensa médica) e non ao conxunto da poboación. Polo tanto, resulta unha nomenclatura máis adecuada para a prensa deste sector profesional que para a prensa destinada ao público xeral.

Por canto á denominación “xornalismo sanitario”, vese limitada na medida en que a saúde vai máis alá da sanidade e a sanidade existe ao servizo da saúde. O aspecto sanitario é só unha das facianas do poliedro que constitúe esta área informativa. Pero as novas temáticas (p.ex. o auxe das novas medicinas ou medicinas alternativas); os novos actores ou actores non estritamente sanitarios (p.ex. os compoñedores, os nutricionistas, os homeópatas...) ou os novos escenarios da saúde (p. ex. a volta aos partos naturais, na casa) escapan das fronteiras do estritamente sanitario, do xestionable, do oficioso.

3. INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE, SANITARIA E MÉDICA NOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN ESPAÑA. ESTADO DA CUESTIÓN.

A información sobre saúde, sanitaria e médica constitúe unha das áreas da actualidade informativa e como tal recibe a atención dos medios de comunicación, que a integran como parte do produto que ofertan á súa audiencia.

Segundo a Cuarta Enquisa Nacional de Percepción Social da Ciencia e a Tecnoloxía (2008)⁹, preguntados os cidadáns enquisados por aqueles temas informativos sobre os que teñen interese (permitindo resposta espontánea, un máximo de tres), a Medicina e a Saúde é, cun 28% de respostas, o tema que maior interese esperta entre os enquisados, seguido en segundo termo por Deportes (26,1%) e por diante doutros 29 temas¹⁰.

A televisión, constitúe, o medio elixido para informarse acerca de asuntos de Ciencia e Tecnoloxía (82,3% das respostas), moi por riba da prensa diaria de pago (32,9%) e representa tamén o medio de comunicación no que os cidadáns inqueridos (46%) depositan a súa confianza á hora de informarse, seguido da Rede (25%).

⁹ <http://www.fecyt.es/fecyt/docs/tmp/-1406741440.ppt> [10/04/09]

¹⁰ Os outros temas foron: Cine e espectáculos; Alimentación e consumo; Arte e Cultura; Sucesos; Educación; Política; Ambiente e ecoloxía; Traballo e emprego; Viaxes/Turismo; Terrorismo; Ciencia e Tecnoloxía; Economía e Empresas; Temas de famosos; Inmigración; Astroloxía e Ocultismo; Outros; Vivenda; Música; Inseguridade cidadá; Moda; Relixión; Historia; Pensións; Internacional; Infancia; Familia; O tempo; Cocina; Agricultura.

Medio	Porcentaxe
Televisión	82,3%
Prensa diaria de pago	32,9%
Internet	32,4%
Radio	30,2%
Prensa gratuíta	15,1%
Libros	10,6
Entorno persoal	10,1
Revistas especializadas	3,2%
Entorno profesional	2,2%
Revistas de divulgación científica ou técnica	1,8%
Revistas semanais de información xeral	1,2%
Outras	0,3%
Non sabe	1,7%

Táboa nº 32. Medios a través dos que se informan os cidadáns sobre ciencia e tecnoloxía. Máximo tres respostas.Fonte: FECYT, 2008. Elaboración propia.

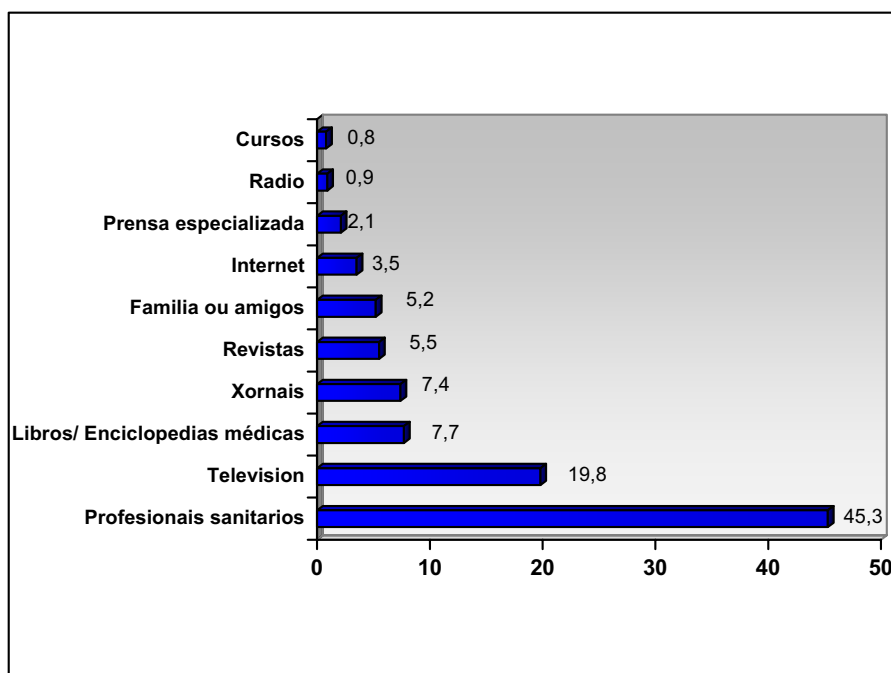
Medio	Porcentaxe
Televisión	46%
Internet	25%
Revistas de divulgación científica ou técnica	25%
Prensa diaria de pago	22%
Radio	17%
Prensa gratuíta	4%
Revistas de información xeral	4%
NS/NC	9%
Ningún	6%

Táboa nº 33. Medios de información que lle inspiran máis confianza á hora de manterse informado sobre ciencia e tecnoloxía. Máximo dúas respostas. Fonte: FECYT, 2006¹¹. Elaboración propia.

Para informarse en concreto sobre saúde, segundo declaran os cidadáns europeos, a fonte principal son, en boa lóxica, os profesionais sanitarios, seguidos da televisión, dos libros ou enciclopedias médicas e dos xornais, por esta orde (Eurobarómetro 2003¹²):

¹¹ Para este caso, tomáronse os datos de 2006 xa que na Enquisa de 2008, non se contemplou esta pregunta.

¹² É o eurobarómetro máis recente que aborda esta cuestión: European Union citizens and sources of information about health. Pódese descargar de: http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm [20/03/2007]



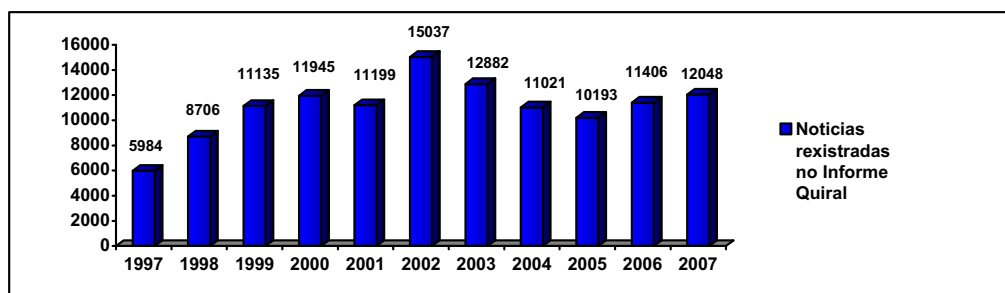
Gráfica nº 5. Fontes de información sobre saúde empregadas polos cidadáns europeos.
Fonte: Eurobarómetro 2003¹³.

Aínda que este traballo se centra na perspectiva da fonte (o hospital como institución que se comunica cos seus públicos, mais concretamente cos usuarios dos seus servizos), os medios de comunicación son uns dos seus interlocutores externos máis destacados, polo que resulta de interese coñecer o tratamento que lle outorgan os medios a este tipo de información. Para iso, realizaremos un breve repaso do estado cuantitativo e cualitativo da cuestión:

¹³ Non obstante, como veremos no apartado correspondente, dende 2003 até a actualidade, Internet incrementou notablemente o seu uso como fonte de información sobre saúde.

3.1. A PRENSA XERALISTA: PRENSA DE PAGO E GRATUITA

A información sobre saúde, sanidade e medicina está a incrementar, progresivamente, a súa presenza na prensa xeralista, tal e como veñen amosando os datos recabados dende 1996 polo Informe Quiral e que amosan que dende o ano 97¹⁴ até o 2007, o volume de información adicada á saúde por *ABC*, *El Mundo*, *El País*, *El Periódico de Catalunya* e *La Vanguardia* duplicouse¹⁵.



Gráfica nº 6. Evolución dos textos sobre saúde, sanidade e medicina de 1997 a 2007.
Elaboración propia.

Así e todo, na meirande parte das cabeceiras xeralistas semella que esta información non acadou un peso suficiente na superficie redaccional como para converterse nunha área independente, adicada en exclusiva ós temas sanitarios e comparte protagonismo con asuntos diversos no caixón de xastre de Sociedade. Así, dos 12408 textos sobre Medicina e Saúde publicados en 2007, un 40% foron publicados na sección de Sociedade, en datos do Informe Quiral.

As posibles maneiras de estruturación dos contidos sobre saúde na prensa xeralista pasan por tres estadios fundamentais:

- O primeiro, o máis básico de todos e tamén o máis común, sería a inclusión dentro da área de Sociedade, abríndose aquí dúas posibles opcións: ben se agrupan as noticias sanitarias baixo o cinto de “saúde”, ben non se fai dita diferenciación gráfica.
- A segunda posibilidade é que exista unha sección adicada a Ciencia, da que forman parte tamén as novas sobre saúde.
- A terceira, a que máis reconece a importancia deste tipo de contidos implica a existencia dunha sección –Saúde- exclusivamente adicada a eles.

¹⁴ Aínda que o estudo comeza a facerse dende 1996, é dende 1997 cando acada a súa forma definitiva.

¹⁵ Así, en 1997 recolléronse 5984 textos adicados á información sobre saúde nas cabeceiras xa citadas, 12048 en 2007. Inda así neste período, pódense detectar altibaixos, sendo o punto álxido o ano 2002, cando se recolleron un total de 15037 pezas xornalísticas, chegando a triplicarse o volume de información que sobre sanidade publicaron os diarios.

Un repaso xeral sobre os contidos que sobre ciencia en xeral e sobre saúde en particular publican na súa edición impresa os principais xornais xeralistas españois e galegos permite aproximarnos ó estado da cuestión.

Nome da cabeceira	Contido	Nome da sección / suplemento	Periodicidade
ABC	Ciencia (inclúense aquí as informacións da área sanitaria)	<i>Ciencia y futuro</i>	<i>Diaria</i>
	Saúde	<i>Ciencia y futuro_Salud</i>	<i>Semanal (os sábados)</i>
		<i>Suplemento Salud</i>	<i>Mensual (o segundo sábado de cada mes¹⁶)</i>
	Medio Ambiente	<i>Ciencia y futuro_Medio ambiente</i>	<i>Semanal (os luns)</i>
El Correo Gallego	Ciencia/Saúde/Ambiente	Sociedade, Galicia ou Local (Non hai sección específica)	<i>Diaria</i>
El Mundo	Saúde	<i>Salud</i>	<i>Semanal (cada xoves)</i>
	Ciencia	<i>Ciencia</i>	<i>Diaria</i>
	Informática, Tecnoloxía e Internet	<i>Ariadna</i>	<i>Semanal (cada domingo)</i>

¹⁶ O primeiro apareceu publicado o sábado 11 de Outubro de 2008.

El País	Saúde	<i>Salud (dentro da área de Sociedade)</i> <i>Suplemento 'Salud'</i> ¹⁷	<i>Semanal (cada martes)</i> <i>Mensual (o segundo sábado de cada mes)</i>
	Ciencia	<i>Futuro</i>	<i>Semanal (cada mércores)</i>
	Informática, Tecnoloxía e Internet	<i>Ciberpaís</i>	<i>Semanal (cada xoves)</i>
El Progreso	Ciencia/Saúde/Ambiente	Sociedade, Galicia ou Local (Non hai sección específica)	<i>Diaría</i>
	Ambiente/ Agricultura/ Alimentación	Terra	<i>Semanal (cada domingo)</i>
	Saúde	Salud	<i>Semanal (cada sábado¹⁸)</i>
Faro de Vigo	Ciencia/Saúde/Ambiente	Sociedade, Galicia ou Local (Non hai sección específica)	<i>Diaría</i>
	Saúde	Salud (Ramón Sánchez Ocaña)	<i>Semanal (os domingos, dentro de Estela¹⁹)</i>
Galicia-Hoxe	Ciencia	<i>Descubrir</i>	<i>Semanal (cada mércores)</i>
	Informática, Tecnoloxía e Internet	<i>En rede@</i>	<i>Diaría</i>
La Razón	Saúde	<i>A tu salud</i>	<i>Semanal (cada domingo)</i>

¹⁷ O martes 31 de Outubro de 2006, *El País* lanzou un suplemento sobre saúde de 40 páxinas e en cor, precedente do suplemento mensual sobre saúde e biomedicina que se publica dende abril de 2007.

¹⁸ Dentro de *Revista*, suplemento dos sábados, adícase unha páxina ou unha dobre páxina a contidos sobre saúde.

¹⁹ Suplemento dominical do *Faro de Vigo*, adicado a crónicas, entrevistas e reportaxes de actualidade. Unha única páxina adícase a temas de saúde.

	Natureza	Verde	Semanal (cada domingo)
La Voz de Galicia	Ciencia/Saúde/Ambiente	Sociedade, Galicia ou Local (Non hai sección específica)	Diaria
	Saúde	La Voz del Colegio Médico	Semanal (domingos ²⁰)
Público	Ciencia	Ciencias	Diaria
20 Minutos	Saúde	Salud y Belleza	Semanal (cada luns)
	Tecnoloxía	Dos punto cero	Semanal (cada mércores)
ADN-LV	Saúde	Galicia, España, Mundo	Diarias (Luns a Venres)
		Saúde ²¹	Venres

Táboa nº 34. Seccións e suplementos especializados en ciencia, saúde, ambiente e tecnoloxía publicados polas cabeceiras xeralistas estatais e galegas a Novembro de 2008. Fonte: Elaboración propia.

Os suplementos de saúde disfrutan, na actualidade, de certa presenza na prensa estatal, mentres que na autonómica (alomenos en Galicia) as novas de saúde seguen introducíndose a diario na área de Sociedade se son acontecementos de carácter estatal ou internacional, e en Galicia ou Local, se os feitos se circunscriben á área galega. De feito, como os principais hospitais de Galicia (os de maior tamaño) se ubican nos núcleos poboacionais de referencia (A Coruña, Ferrol, Santiago, Pontevedra, Vigo, Lugo e Ourense, nomeadamente), son os suplementos de local das cabeceiras galegas os que acollen boa parte das novas procedentes destes centros hospitalarios (Costa Sánchez, 2008a).

Na fin de semana, individualízase o seu tratamento dentro de suplementos xerais, cun espazo non superior a dúas páxinas.

O incremento dos suplementos sobre saúde na prensa española débese, segundo Elías (2003), a que, a raíz do comunmente coñecido como *medicamentazo*²², os laboratorios cambiarían a estratexia de publicitar os seus produtos entre os médicos a promocionalos entre os cidadáns, pagando estudos sobre as bondades do fármaco en cuestión que logo son publicados en revistas médicas,

²⁰ Dentro do suplemento dominical ‘Los domingos’, adoita ser unha dobre páxina, na que se aborda unha enfermidade en forma de reportaxe, acompañada dunha entrevista a un especialista médico galego de referencia.

²¹ Os venres, o gratuito ADN-LV publica unha páxina baixo a sección de Saúde.

²² O 1 de Setembro de 1998, entra en vigor o “Decreto de Ampliación da Financiación Selectiva de Medicamentos” ou *medicamentazo*, que supón a exclusión da Seguridade Social de 834 fármacos, considerados de baixa utilidade terapéutica.

financiadas por esas mesmas empresas, servindo de enganche para que o estudo chegue a ser publicado nos medios de comunicación xeralistas.

As revistas que acompañan o xornal na fin de semana (*EP Semanal, Mujer de Hoy, Yo Donna*, etc.) constitúen outro soporte no que a información de saúde ten unha notable presenza, case sempre en forma de reportaxes sobre alimentación e hábitos de vida saudables, ou entrevistas en profundidade a destacados investigadores ou figuras relevantes do mundo médico. Nas revistas, o criterio da actualidade non é a pauta fundamental (teñen unha periodicidade semanal), de maneira que teñen cabida temas *atemporais* (non caducos), ós que se lles aplica un tratamento máis en profundidade. Tamén soe incluírse un consultorio psicolóxico e/ou médico, no que un experto responde as cuestións e dúbidas plantexadas polos lectores.

3.2. A TELEVISIÓN.

A área de saúde/sanidade/medicina constitúe unha das áreas de cobertura dos informativos televisivos. Cuantitativamente, porén, a presenza de información sobre saúde, sanitaria e médica resulta mínima, maioritariamente reservada ó segundo bloque do informativo, composto por noticias de tipo *soft news*, moitas veces de cariz anecdótico ou facéndose eco do lado humano das historias que se contan.

Nas canles estatais. Segundo a investigación de León (2004) acerca dos informativos en ‘prime time’ das principais cadeas públicas e privadas de distintos países europeos ao longo dunha semana de análise, a cuantificación das pezas informativas sobre saúde amosou unha presenza máis ben baixa. Na comparativa con outros países europeos a este respecto, os informativos franceses e ingleses saen mellor parados.

	NÚMERO DE INFORMACIÓNS									
PAÍS	Ciencia	%	Saúde	%	Sucesos	%	Deportes	%	Política	%
Francia	12	3,13	32	8,36	49	12,79	25	6,52	49	12,79
Alemaña	6	3,23	2	1,08	22	11,82	23	12,36	46	24,73
España	10	2,69	6	1,61	51	13,70	81	21,77	52	13,97
Reino Unido	4	2,61	9	5,88	27	17,64	19	12,41	35	22,87
Italia	0	0,00	5	1,98	20	7,93	15	5,95	44	17,46
Total	32	2,37	54	4,01	169	12,55	163	12,10	226	16,79

Táboa nº 35. Número de informacións emitidas nas distintas cadeas de tv europeas.

Fonte: León (2004: 75). Elaboración propia.

Segundo o estudo levado a cabo sobre informativos de televisión en Fernández del Moral (2007), elixindo entre sete e dez días por mes de todos os informativos de tarde e de noite de todas as cadeas xeralistas de carácter nacional entre xullo de 2005 e xuño de 2006, a información sobre Saúde, Sanidade e Medicina ocupou o seguinte espazo:

Canle	Segundos	Porcentaxe
TVE-2	2.684	3,78%
Telecinco	8.168	2,06%
TVE-1	8.147	1,92%
Antena 3	7.841	1,77%
Cuatro	4.850	1,83%
Canal +	476	1,24%
Media	32.166	1,97%

Táboa nº 36. Tempo adicado a Medicina e Saúde nos telexornais das canles xeralistas españolas.

Fonte: Fernández del Moral, 2007. Elaboración propia.

Establecendo unha comparación con outros temas para facernos unha idea da situación de conxunto, diremos que as categorías de Deportes (cun 20,13%), Desastres e Accidentes (9,16%), Goberno (6,68%) e Terrorismo (5,59%) encabezan o ránking temático dos informativos en televisión. En termos numéricos, dun listado de 45 temas, Medicina e Saúde ocupa o posto décimo cuarto. Da rama do xornalismo científico, é a temática mellor situada, quedando por baixo dela Ciencia e innovación tecnolóxica (1,48%) ou Medio Ambiente (1,45%).

Por canto ó tratamento da información, neste estudo, vemos un síntoma máis positivo: o afán divulgador. As de saúde son as noticias que máis veces foron contextualizadas (nun 81,97% das ocasións) por riba de todas as outras temáticas. Enténdese por tal que hai un esforzo por parte dos xornalistas para que sexan comprendidas polos espectadores.

En TVG. Grazas ós datos do baleirado que sobre os informativos da Televisión pública autonómica realizou o grupo de investigación Estudios Audiovisuais da USC, realizamos un filtrado do total de noticias emitidas pola canle autonómica nos seus informativos de mediodía durante o mes de Maio de 2007 en período de semana (de luns a venres).

Dese total de 22 días, puidemos coñecer que se emitiron un total de 30 pezas informativas, 2.896 segundos de información sobre saúde e medicina, pouco máis de 2 minutos por día.

Facendo unha análise dende un punto de vista máis cualitativo, puidemos coñecer que:

1. En canto ós temas informativos, varias constantes subxacen nas novas emitidas dende un punto de vista temático:
 - Información sobre saúde: As efemérides (Día Mundial sen tabaco), novas do “calendario médico” (información sobre alerxias e en vésperas do verán, informacións sobre cremas protectoras para o sol, anteollos), campañas preventivas (osteoporose, obesidade, detección precoz de problemas dentais).
 - Información sanitaria: Os conflitos laborais do colectivo médico; as negligencias e as listas de agarda; conflitos de política sanitaria; toma de posesión do novo xerente do Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.
 - Información médica: Congresos médicos, operación cirúrxica sen antecedentes.

2. En canto ás fontes de información, un 0,3% das novas non ten fontes de información, un 46,6% ten unha soa fonte, un 40% ten dúas fontes e un 10% das novas presenta tres ou máis fontes de información.

3. Na monofonía imperante (46,6%), nun 57,15% dos casos a fonte única é un especialista médico, o que pon en evidencia a medicalización do discurso neste tipo de información. Os pacientes, pola contra, son fonte tan só nun 14,28% das noticias. A Administración Sanitaria Galega nunha porcentaxe inda menor (7,1%) e Outras fontes acadan o 21,42% restante.

Na segunda categoría de relevancia, na que se recollen as voces de dúas fontes (nun 40% das novas), déixase máis espazo para a voz dos pacientes (que se deixa oír nun 50% das novas), aínda que os médicos /especialistas sigan a dominar o discurso, pois a súa voz escóitase nun 58,3% das novas²³. A Consellaría de Sanidade, pola súa banda, acapara o discurso dende o punto de vista institucional (facendo de fonte nun 41,6% das novas). A oposición (que correspondía ao

²³ As porcentaxes están calculadas sobre o conxunto de noticias, non de fontes.

PPdeG) evidencia o seu discurso no 16,6% das pezas informativas e os sindicatos nun 8,3% destas novas.

4. Dende a observación, detéctase que, a excepción de situacións anómalas (alarmas sanitarias, accidentes, etc.) os telexornais adoitan deixar nun segundo plano os contidos de Medicina e Saúde, case sempre formando parte do segundo bloque do informativo. Como dicíamos, calquera tipo de conflito ou pequena crise adoitan “revalorizar” a información e converter o acontecemento no tema de apertura do informativo, en función da gravidade do sucedido e das súas posibles consecuencias. Neste caso, ocorre algo semellante ó que acontece en prensa coas novas de “patrón agudo”, que adoitan ocupar portadas e acaparar o interese mediático con maior intensidade²⁴.

Fóra dos programas informativos, a información sobre saúde na televisión, tamén a atopamos en:

- Programas divulgativos.

O decano dos programas de divulgación é *Saber vivir* (TVE), que leva en antena máis dun decenio, concretamente dende o 8 de xaneiro de 1997. O programa estivo presentado polo veterano xornalista Manuel Torreiglesias, dende os seus inicios até maio de 2009 en que foi destituído polo ente público por irregularidades en relación coa publicidade no programa²⁵. Temas relacionados coa nutrición, as enfermidades, a saúde pública e a investigación centran a meirande parte dos contidos que, ademais, atópanse sometidos ó criterio da actualidade.

- Programas *lifestyle*.

- Programas de cociña, presentes en practicamente todas as grellas de tv, ben, con entidade propia, ben como parte dun programa - magazine. Son espazos nos que un *chef* aprende a cociñar diversas receitas saudables.
- Programas relacionados coa sexualidade: promoven o emprego de métodos anticonceptivos e ensinan a desfrutar da sexualidade (Ex. *Todos abbb cien* na Sexta).
- Programas de viaxes, de beleza, sobre exercicio físico...

²⁴ O Informe Quiral clasifica os textos publicados en Crónicos ou de Patrón Agudo. A primeira categoría abrangue os temas que manteñen un interese practicamente constante e só presentan grandes oscilacións cando se producen “agudizacións”. Os temas de patrón agudo atraen un interese moi elevado pero durante un período de tempo breve, concluíndo a meirande parte deles de forma brusca inda que algúns poden cronificarse (Informe Quiral 1999: 13).

²⁵ Torreiglesias, con gran experiencia neste terreo pois xa presentara Escola de Saúde nos anos 70, foi despedido por TVE debido ao incumprimento de normas da canle pública en relación coa publicidade. (Torreiglesias: *despedido* por *irregularidades*, en <http://www.prnoticias.es/content/view/10032309/227/>)

O relevo do programa tomouno o médico Luis Gutiérrez, médico de Atención Primaria e colaborador do programa.

- Series de ficción ambientadas en hospitais ou centros de saúde. Os entornos sanitarios son recreados en numerosas series de ficción como telón de fondo das relacións que se establecen entre os personaxes.

XÉNERO	TÍTULO	CANLE	FRANXA /DÍA
Divulgativos de saúde	- Saber vivir	TVE-1	Matinal (luns a venres)
	- Salut!	TV3	Tarde (sábados)
	- Salud al día	Canal Sur	Mediodía (sábados)
	- Hora de salut	Canal 9	Matinal (luns a venres)
	- Tiempo de salud	Aragon Tv	Matinal (luns a venres)
Ficción (temática: saúde ²⁶)	- Urgencias	TVE-1	Latenight (martes)
	- Hospital Central	Telecinco	Prime time (mércores)
	- House	Cuatro	Prime time (martes)
	- Doctor Mateo	Antena 3	Pendente de estrea
	- Medicopters	Canal9, Canal.Ex ETB2	Mediodía (sábados) Tardes (domingos) Mediodía (domingos)
	- Diagnóstico asesinato	Set en Veo	Mañán (luns a venres)
	- Médico de Familia	FDF	Mañán (luns a venres)
	- Farmacia de guardia	Antena.nova	Madrugada
	- CLA: No somos ángeles	Antena.nova	Madrugada

²⁶ O entorno médico-sanitario tamén serviu como pano de fondo doutras series de ficción que agora mesmo non están en antena, pero estiveron nas grellas de programación de recentes tempadas: MIR (Telecinco); Centro de saúde (TVG); Anatomía de Grey (Cuatro) ou El síndrome de Ulises (Antena 3).

Outros Lifestyle	- Vamos a cocinar...con José Andrés	TVE-1	Acces sobremesa (sábado)
	- Hoy cocinas tú	La Sexta	Mediodía (sábados e domingos)
		Hogar 10	Mediodía (domingos)
	- Ven a cenar conmigo	Antena 3	Tardes (luns a venres)
	- Karlos Arguiñano en tu cocina	Telecinco	Mediodía (luns a venres)
	- Cocina con Bruno Oteiza	La Sexta	Mañán (luns a venres)
	- Cociña para todos	TVG	Mañán (luns a venres)
	- Larpeiros	TVG	Noites (mércores)
	- Cuines	TV3	Mediodía (luns a venres)
	- Al vostre gust	TVCi	Sábados (tarde)
	- Sa bona cuina de Paquita Tomás	IB3	Mediodía (luns a venres)
	- En su punto	Canal.Ex	Tardes (luns a venres)
	- SOS Cocinero	Telemadrid	Tardes (martes)
	- Veo Cocina	Veo Tv	Mediodía (luns a venres)
	- GPS	Antena.nova	Tarde (sábado)
	- Ven de viaje	Antena.nova	Mañán (sábados)
	- Decogarden	Telecinco	Mañán (domingos)
	- Bricomanía	Telecinco	Tarde (luns a venres)

- Yoga con Alejandro Maldonado	Hogar 10	Tardes (luns a venres)
- Posa't en forma	TVCi	Madrugadas (xoves e domingos)
- En un tic-tac	Hogar 10	Mañán (Domingos)
- Veo Tendencias	Vevo Tv	Tardes (luns a venres)
- Todos ahh cien	La Sexta	Madrugada (venres e sábados)
- Oxígeno 3	Antena.nova	Mañán (sábados)

Táboa nº 37 Programas divulgativos de saúde, series de ficción ambientadas no mundo sanitario e programas *lifestyle* a xaneiro de 2009. Fonte: Elaboración propia.

Como vemos, as canles das compañías públicas de televisión (estatal e autonómicas) son as que realizan unha aposta máis firme polos formatos divulgativos de saúde, sobresaíndo o éxito de *Saber vivir* (TVE1).

A isto hai que engadir o nutrido panorama de programas *life-style* que se emiten na actualidade, dos que os programas de cociña se converteron no principal expoñente, contando practicamente cada unha das canles de televisión cun ou varios programas deste tipo.

Por outra banda, obsérvase unha importante cantidade de series de ficción ambientadas no entorno sanitario, continuando a estela deixada polas célebres *Médico de familia* ou *Farmacia de guardia*, que colleitaron boas cifras de audiencia nos anos noventa e que, por certo, aínda se emiten nas canles dixitais Factoría de Ficción (Telecinco) e Antena.Nova (Antena 3) respectivamente.

A respecto das series de ficción televisivas ambientadas nun entorno sanitario, a Comisión Central de Deontoloxía da Organización Médica Colexial (OMC) elaborou recentemente un *Informe sobre la imagen que los seriales médicos de televisión ofrecen sobre médicos y la profesión médica en general*²⁷, alertando sobre a importancia dun trato rigoroso neste tipo de formatos e recoñecendo ao mesmo tempo a súa capacidade de influencia social.

Comentamos, de seguido, as principais conclusións de dito informe:

²⁷ http://www.cgcom.org/sites/default/files/08_12_01_seriestv_0.pdf [10/01/08]

- Dunha banda, reconécese o papel da televisión como importante fonte de información (cun grande poder de influencia) e mesmo de educación para a sociedade:

“Os seriais médicos teñen un profundo impacto na opinión pública e na poboación. Para millóns de persoas a televisión converteuse na súa maior, senón única, fonte de información e educación.”

- Demándase unha finalidade para os seriais médicos exclusivamente educativa:

“Os seriais médicos son unha grande oportunidade para educar a poboación en temas médicos e sanitarios; éste debería ser o seu principal obxectivo. A información debe presentarse de forma correcta, rigorosa e que poida ser facilmente comprensible para unha audiencia non médica.

- Esquecen que os seriais médicos non son un xénero informativo, senón que se sitúan no ámbito da ficción. En consecuencia, reclaman unha adecuación das tramas, dos personaxes, dos tratamentos médicos que se dispensan e da ambientación, que se correspondan coa realidade.

Se ben toda serie de ficción ambientada nun sector tan específico require dunha documentación adecuada, estase esquecendo que os protagonistas son personaxes e non médicos da vida real:

“É inaceptable que os enfermos e o persoal sanitario sexan presentados como suxeitos anómalos para a diversión do espectador, aumentar a audiencia e ter máis beneficios económicos. Os seriais médicos non poden centrarse nas miserias dos médicos, enfermeiras e pacientes (envexas, enganos, celos, traizóns, egoísmo...)”.

“Os seriais médicos non poden crear falsas expectativas nos pacientes. Os diagnósticos, exploracións e tratamentos deben ser adecuados á patoloxía presentada. Os seriais médicos deberían ser realistas (máis anciáns e menos nenos, adolescentes e mozos en hospitais, menos exploracións sofisticadas, menos recuperacións milagreiras, menos tratamentos experimentais...). A promoción de exploracións e tratamentos innecesarios incrementa o gasto sanitario e o despilfarro de recursos”.

“A supervivencia televisiva tras unha reanimación cardio-pulmonar é significativamente máis alta que a taxa de supervivencia máis optimista publicada na literatura médica xeral. Esta distorsión ocorre coa maior parte das enfermidades presentadas nos seriais médicos, dando así unha imaxe irreal e creando expectativas esaxeradas de éxito”.

“Moitos adolescentes poden decidir estudar medicina tras ver seriais médicos. Crear falsas expectativas sobre esta poboación tan vulnerable conducirá a ter médicos frustrados que, se poden, terminarán abandonando a profesión co conseguinte gasto que isto lle orixina á sociedade, e o dano humano individual que conleva o fracaso dun proxecto de vida laboral destas características”.

3.3. A RADIO.

Na programación das emisoras de radio hai unha serie de espazos reservados á información sobre saúde, sanitaria e médica, que poden adoptar o formato de:

- Programas de divulgación. Os máis célebres son *La Rebotica* (Cadena Cope), *En buenas manos* (Onda Cero) e *La Salud en la SER* (Cadena SER).

Programa	Emisora	Día/ Hora	Conductor/a
<i>La Rebotica</i>	Cadena Cope	Sábados, 16.00-18.00 h	Enrique Beotas
<i>La salud en la SER</i> ²⁸	Cadena SER	Sábados, 16.30-17.00 h	Paloma Delgado
<i>En buenas manos</i>	Onda Cero	Sábados, 16.00-18.00 h	Bartolomé Beltrán
<i>Salud y Calidad de vida</i>	Punto Radio	Sábados, 16.00-18.00 h	Ricardo Aparicio
<i>Esto es vida</i>	Radio 5	Sábados, 22.00 h	Yolanda Flecha
<i>Alimento y Salud</i>	Radio 5		Teo
<i>La salud natural</i>	Radio Voz	Luns-Sáb, 15.15-16 h Domingos, 15.00-16.00 h	Carlos Pumares
<i>Por tu salud</i>	Canal Sur Radio	Sábados e domingos, de 7.00 a 8.00 h.	Enrique Jesús Moreno
<i>Radio Andalucía Salud</i>	Radio Andalucía Información	Sábados e Domingos, 8.30-11.00 h.	Enrique Jesús Moreno
<i>Salud al día</i>	Onda Madrid	Luns a Venres, 21.00 a 22.00 horas	Luis Gutiérrez

Táboa nº 38. Programas radiofónicos divulgativos sobre saúde (Novembro de 2008). Elaboración propia.

- Seccións divulgativas fixas dentro de programas magazine, caso da Consulta do Dr. Bandrés (en *Hoy por Hoy*, Cadena SER); *Inteligencia emocional* (microespazo de *La tarde con Cristina*, Cadena Cope); a Consulta do Dr. Norberto Proupín (en *O tren do serán*, Radio Galega), etc.

²⁸ O sábado 07 de Marzo de 2009, emitiuse o último programa. “La salud en la Ser se va, y esta vez de verdad”, en <http://www.prnoticias.es/content/view/10029423/227/> [02/04/09]

Programa	Emisora	Nome da sección	Franxa de emisión
<i>La Mañana</i>	Cadena Cope	¿Que me pasa doctor?	Mañán (Luns a Mércores)
<i>La tarde con Cristina</i>		Inteligencia emocional	Tarde (Venres)
<i>Hoy por hoy</i>	Cadena SER	Dr. Bandrés	Mañán (diario L-V)
<i>La Ventana</i>		Radio Nikosia	Tarde (Xoves)
<i>Queremos hablar</i>	Punto Radio	Ciencias a la vista	Tarde (Martes)
		Ramón Sánchez Ocaña	Tarde (Martes)
		Doctora Amor	Tarde (Venres)
<i>En días como hoy</i>	RNE	Propuestas de salud	Mañán (Mércores)
		Propuestas de sexo	Mañán (Venres)
<i>O tren do serán</i>	Radio Galega	Dr. Norberto Proupín	Tarde (Luns)
<i>Exrarradio</i>		Colaborador dos centros Quérote (educación sexual)	Mañán (Sábados)
<i>Efervescencia</i>		Esteban Fernández Moreira (INIBIC ²⁹)	Mañán (Domingos)
<i>Voz de tarde</i>	Radio Voz	Psicólogo	Tardes (Luns a Xoves)
<i>Habla con Olga</i>	Canal Sur Radio	Salud	Mañán (Martes a Xoves)
<i>El Público</i>	Canal Sur Radio	Dr David Criado	Tardes (Luns a Venres)

Táboa nº 39. Seccións radiofónicas fixas divulgativas sobre saúde (Novembro de 2008).
Elaboración propia.

En xeral, a presenza de contidos sobre saúde na programación radiofónica é baixa, situándose en torno ao 3% do total de programación semanal.

“El volumen de programas especializados en salud en el conjunto de la oferta radiofónica española puede calificarse de bajo, ya que no todas las emisoras los incluyen en sus parrillas y, cuando lo hacen, su presencia se sitúa entorno al 3% del total de la programación semanal, es decir, de una a dos horas de emisión por cadena” (Gutiérrez, 2006).

²⁹ Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña.

3.4. AS REVISTAS.

A oferta de revistas divulgativas de saúde e *life-style* resulta verdadeiramente ampla. Basta con botarlle unha ollada ó escaparate dun kiosko para percibir a variedade de publicacións que existen relacionadas en maior ou menor medida con este ámbito, especialmente coa área de nutrición ou de psicoloxía.

As revistas vinculadas coa saúde e dirixidas á poboación en xeral poden ser de tres grandes tipos: 1) Revistas de divulgación científica que tratan con certa asiduidade temas de medicina e saúde; 2) Revistas divulgativas que achegan noticias e temas de saúde á sociedade; 3) Revistas *life-style*, que aportan pautas de estilo de vida favorables por canto a estética, nutrición, exercizo físico, psicoloxía, etc.

1) Pertencen ao primeiro grupo (Revistas de divulgación científica) as seguintes:

Nome	Periodicidade	Difusión	Período Controlado	Entidade editora
Muy Interesante	Mensual	241.455	Xullo 07-Xuño 08	G+J España
Quo	Mensual	138.043	Xullo 07-Xuño 08	Hachette Filipachi

Táboa nº40. Revistas impresas de divulgación científica controladas por OJD que inclúen a medicina e a saúde como temas de interese. Elaboración propia.

2) Pertencen ao segundo grupo (Revistas divulgativas de saúde) as seguintes:

2.1. Revistas controladas por OJD.

Nome	Periodicidade	Difusión	Período Controlado	Entidade editora
<i>Cuerpamente</i>	Mensual	65765	Xullo 07-Xuño 08	RBA Editores
<i>Mente sana</i>	Mensual	100491	Xullo 07-Xuño 08	RBA Editores
<i>Peso Perfecto</i>	Bimestral	86853	Xan-Dec 07	Housediet
<i>Prevenir es salud</i>	Mensual	17465	Xullo 07-Xuño 08	Globus Comunicación
<i>Psicología Práctica</i>	Mensual	18916	Xullo 07-Xuño 08	Globus Comunicación
<i>Psychologies</i>	Mensual	97268	Xullo 07-Xuño 08	Hachette filipachi

<i>Saber vivir</i>	Mensual	309770	Xullo 07-Xuño 08	RBA Editores
<i>Vivir mejor</i>	Mensual	16731	Xullo 07-Xuño 08	Toy Story
<i>El mundo de la mamá y el bebé</i>	Mensual	22304	Outub07-Xuño 08	MC ediciones
<i>Embarazo sano</i>	Mensual	17954	Xullo 07-Xuño 08	Globus Comunicación

Táboa nº 41. Revistas impresas de divulgación de saúde controladas por OJD. Elaboración propia.

2.2. Revistas sen control por parte de OJD:

Nome	Periodicidade	Entidade editora
<i>Corazón y Salud</i>	Mensual	Fundación Española del Corazón
<i>Mi Ginecólogo</i>	Mensual	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
<i>OKS Salud</i>	Mensual	Unedisa
<i>Discovery Salud</i>	Mensual	Ediciones MK3
<i>Dietética y Salud</i>	Mensual	Santiveri
<i>Dieta sana</i>	Mensual	Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN)
<i>Psicología práctica</i>	Mensual	Globus Comunicación
<i>Vive</i>	Mensual	Globus Comunicación
<i>Cuerpo Mente</i>	Mensual	RBA Editores
<i>Yoga Journal</i>	Mensual	Globus Comunicación
<i>Ultimate Beauty</i>	Mensual	Globus Comunicación

Táboa nº 42. Revistas impresas de divulgación sobre saúde non controladas por OJD. Elaboración propia.

3) Pertencen ao terceiro grupo (Revistas life-style) controladas por OJD as seguintes:

Nome	Periodicidade	Difusión	Período Controlado	Entidade editora
<i>Gentleman</i>	Mensual	33975	Xullo 07-Xuño 08	Progres (Grupo Prisa)
<i>Men's Health</i>	Mensual	58396	Xullo 07-Xuño 08	Grupo MotorPress - Ibérica
<i>Zero</i>	Mensual	25897	Xullo 07-Xuño 08	Zeropress

<i>Sport Life</i>	Mensual	28506	Xullo 07-Xuño 08	Grupo MotorPress - Ibérica
<i>Citizen K</i>	Trimestral	90226	Xullo 07-Xuño 08	Focus Ediciones
<i>Clara</i>	Mensual	191142	Xullo 07-Xuño 08	RBA Editores
<i>Mia</i>	Semanal	151956	Xullo 07-Xuño 08	G+J España
<i>Telva</i>	Mensual	183118	Xullo 07-Xuño 08	Grupo Unidad Editorial
<i>Vogue</i>	Mensual	120638	Xullo 07-Xuño 08	Condnet Internacional
<i>Cosmopolitan</i>	Mensual	170823	Xullo 07-Xuño 08	G+J España
<i>Woman</i>	Mensual	142427	Xullo 07-Xuño 08	Grupo Zeta
<i>Elle</i>	Mensual	181104	Xullo 07-Xuño 08	Hachette Filipachi
<i>Cocina ligera</i>	Mensual	20022	Xullo 07-Xuño 08	Globus Comunicación
<i>Cocina sana y natural</i>	Trimestral	23517	Xullo 07-Xuño 08	RBA Editores
<i>Cocina viva</i>	Mensual	17813	Xullo 07-Xuño 08	MC Ediciones
<i>Comer bien cada día</i>	Mensual	42753	Xullo 07-Xuño 08	RBA Editores
<i>Comer y beber</i>	Bimestral	18693	Xullo 07-Xuño 08	MC Ediciones
<i>Descobrir cuina</i>	Mensual	15543	Xullo 07-Xuño 08	Sapiens Publicacions
<i>Viajes National Geographic</i>	Mensual	63014	Abril 07-Marzo 08	RBA Editores
<i>Muchoviaje</i>	Mensual	20001	Abril 07-Marzo 08	Grupo Planeta
<i>Lonely Planet Magazine</i>	Mensual	21632	Outubro 07-Marzo 08	GDM, Grupo Prisa
<i>Conde Nast Traveler</i>	Mensual	24719	Dec 07-Marzo 08	Condnet Ibérica

Táboa nº 43. Revistas de *life-style* controladas por OJD. Elaboración propia.

O abano de revistas vinculadas directa ou indirectamente coa saúde –sobre todo no sector *lifestyle*– vese favorecido polo contexto actual, no que conflúen varios factores.

En primeiro lugar, o incremento da esperanza de vida da poboación, que implica unha maior preocupación por coidarse e polo tanto polas condicións de saúde e a mellora da mesma e conduce a buscar maneiras de mellorar a calidade de vida. O auxe dos centros de estética, das clínicas

dietéticas, dos balnearios, etc. representa a resposta empresarial a esas novas necesidades aparecidas como resultado da suma dun contexto económico favorable, dun Estado de benestar que garante as prestacións sociais, do sistema capitalista e do alargamento da esperanza de vida da poboación.

Polas cifras que manexamos, *Saber vivir* é a revista con máis lectores das de divulgación de saúde controladas por OJD. O aval e o lanzamento por parte do programa televisivo de igual nome contribúe a explicar o seu éxito. A nutrición xunto coa beleza e o exercizo físico son as bazas temáticas máis importantes que se abordan nas súas páxinas.

3.5. A REDE.

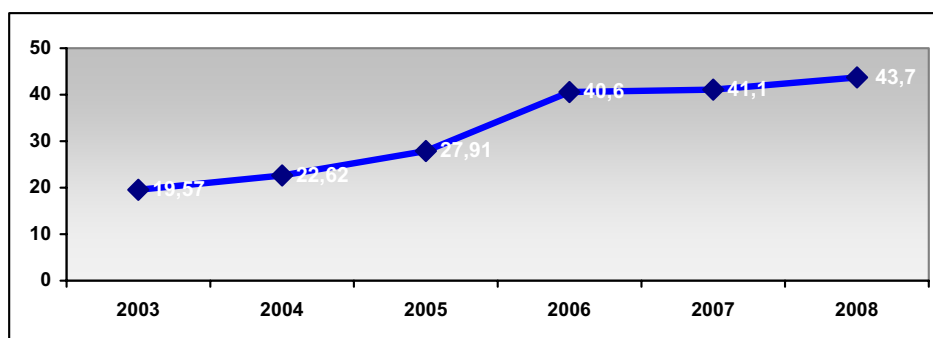
Como coñecemos ó inicio deste apartado, a Rede estase a converter nunha importante fonte de información sobre saúde para os cidadáns. O termo *e-health* (*e-saúde*) acuñouse para designar todas aquelas actividades sobre medicina e saúde que se desenvolven na Rede (Blanco Coronado, 2006).

Segundo un estudo realizado en 2007 por *Google* e *Ogilvy Healthworld*, os profesionais médicos e a Rede serían as principais fontes de información para aqueles que empregan Internet. Concretamente, o 71% dos usuarios da Rede buscaría información sobre saúde. Por temáticas, as buscas de información serían, en orde decrecente, sobre:

- Enfermidades comúns.
- Aparato dixestivo e nutrición.
- Beleza e estética.
- Planificación familiar.
- Saúde mental.
- Enfermidades graves/crónicas.
- Dermatoloxía.
- Infeccións.
- Outros.

En datos do INE (2008), habería un 43,7% de enquisados que afirmaron buscar información sobre saúde na Rede. Comparativamente con anos anteriores, por exemplo, respecto a 2003³⁰, a cifra incrementouse nun 24,13%.

³⁰ Non existen datos anteriores a este respecto.



Gráfica n° 7. Evolución no uso de Internet para buscar información sobre saúde (2003-2008). Fonte: INE. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2003 – 2008. Elaboración propia.

No caso dos profesionais da saúde, un estudo recente conclúe que un 30% dos médicos son usuarios intensivos de Internet, é dicir, empregan a Rede para: informarse, documentarse e contactar cos seus pacientes e con outros profesionais³¹.

Non obstante, a calidade da información que circula pola Rede xera un debate sobre a veracidade e o índice de confianza desta información nun ámbito tan transcendente como o da saúde.

Nunha revisión sistemática dos traballos centrados na información sobre a saúde dispoñible na Rede (Eysenbach et al., 2002), concluíase que o grao de imprecisión variaba en función do tipo de contido; así, os sitios máis precisos parecen ser os adicados ao cancro, mentres que os máis confusos eran aqueles que trataban de dietas e de nutrición. Corroborábase asimesmo que o 90% destes sitios web ofrecían unha información incompleta.

Non obstante, Meneu (2004) considera esaxerado o nivel de esixencia que se lles fai aos contidos de *e-saúde*, cando outras canles informativas tradicionais non amosaron estar á altura de tan alto nivel de calidade:

“Resulta sorprendente el nivel de exigencia que se propugna para las nuevas tecnologías de la información si se pone en relación con los estudios disponibles y las medidas vigentes respecto a otros canales informativos y con una dilatada trayectoria” (Meneu, 2004: 128-129).

No informe *Luces y sombras de la información de salud en Internet* (2002), elaborado pola Sociedade Española de Informática da Saúde³², os autores en vez de mostrarse partidarios dun sistema de acreditación das páxinas web con información sobre saúde que presenten unha serie de requisitos de calidade, recomendan que os usuarios sexan críticos coa Rede coma con calquera outro medio de información, polo que deberían ter en conta os seguintes aspectos:

³¹ http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/gestion/es/desarrollo/1199155.html [10/02/09]

³² Sociedade non lucrativa que agrupa os profesionais interesados no emprego das Tecnoloxías da Información no entorno sanitario.

- Onde está publicada a información. Se se trata dunha revista científica nacional ou internacional, unha páxina dunha sociedade profesional, dunha institución, unha páxina comercial ou unha páxina persoal. As web de revistas científicas de prestixio, as institucionais, as de sociedades profesionais e as de asociacións de pacientes, son, en principio, máis seguras que as doutro tipo.
- Autoría. Os responsables da información e as súas credenciais deben estar debidamente identificadas.
- Orixe das fontes de información. As citas deben identificar claramente a orixe da información.
- Debe terse en conta que cando a información médica é sorprendente, é probable que non sexa segura nin precisa.
- Conflito de intereses. Tanto a orixe das fontes de financiamento, como a propiedade, deben estar identificados. Tamén debe diferenciarse claramente a publicidade do contido sobre saúde.
- Vixencia da información. Debe constar a data de elaboración da información e as actualizacións ou revisións que se levaron a cabo.
- Transparencia e honradez. Comprobar se os obxectivos, propósitos e destinatarios da información están explícitos.
- Política de seguridade e confidencialidade. O sitio web debe facer explícita cal é a súa política de seguridade e de confidencialidade.
- Accesibilidade. Se a páxina está deseñada para navegar sen confusións.

Non obstante, existen diversos sistemas de acreditación de páxinas web con contidos sanitarios. A Organización Médica Colexial, pola súa banda, puxo en marcha en 2006 a acreditación ACSI, que contou co apoio do Ministerio de Industria, Turismo e Comercio, un sistema de acreditación de páxinas web de ámbito sanitario, que pretende ofrecer as garantías de calidade e de seguridade naquelas páxinas que solicitasen e obtivesen a acreditación correspondente.

Outra iniciativa que pode resultar de interese é a *salupedia*³³, enciclopedia de saúde en Internet, que ten como obxectivo converterse en fonte de información fiable para os pacientes e os profesionais sanitarios, de maneira que estes últimos deriven os usuarios aos contidos desta enciclopedia *online* sobre os que queiran ou precisen informarse.

Pero as posibilidades de Internet non se limitan ao seu emprego como soporte de informacións sobre saúde (en forma de blogs, de revistas, de páxinas web, etc.), senón que tamén pode servir como canle para poñer en contacto os pacientes coas institucións ou cos profesionais sanitarios.

³³ <http://www.salupedia.org/quees.php> [07/03/09]

3.5.1. O CORREO ELECTRÓNICO COMO CANLE DE COMUNICACIÓN

O uso do correo electrónico como canle de comunicación entre o usuario e o profesional médico é considerado polo Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME) como unha forma de telemedicina, isto é, como unha forma de prestación dun servizo de saúde vía remota, por telecomunicacións.

O seu uso en España aínda non é maioritario³⁴. Moitos profesionais sanitarios amosan reticencias ao seu emprego xa que pode dar lugar a un acceso demasiado fácil e continuado dos pacientes, ao envío de mensaxes triviais ou á realización de consultas que polas súas características non poden ser respostadas vía e-mail (Couchman et al., 2001).

En xeral, as recomendacións para o seu correcto uso distinguen entre dous tipos de situacións (Mayer e Leis, 2006: 414):

- a) Correos electrónicos de pacientes coñecidos, cos que se estableceu unha relación previa de maneira presencial e, por tanto, existe coñecemento mutuo. Esta modalidade non só é aceptable, senón tamén recomendable xa que se considera unha continuación na relación directa médico-paciente (Monés Xiol, 2004).
- b) Correos electrónicos de pacientes descoñecidos, que envían unha consulta de forma non agardada ou concertada e sen unha visita presencial previa. Segundo Weitz (2006), xeralmente adoitan ser individuos con patoloxías de rara frecuencia, de mal pronóstico, que teñen recurrido a varios profesionais e moitos deles coñecen moi ben a súa enfermidade. Recoméndase prudencia na resposta e, en caso de dúbida, indicar a imposibilidade de responder ou dar unha sucinta información xenérica.

Existen múltiples guías de recomendacións sobre o uso do correo electrónico na comunicación médico-paciente, que difiren segundo o país, o colexio profesional, a lexislación, etc. Entre os posibles usos, os recomendados polas directrices do Comité Permanente de Médicos Europeos, a *American Medical Association*, o Colexio Oficial de Médicos de Barcelona e algúns investigadores (Car e Sheikh, 2004) están:

- Resultados de laboratorio e outras medicións obxectivas.
- Asesoramento en estados non agudos.

³⁴ No traballo de Lupiáñez-Villanueva (2009), só un 10% de cidadáns enquisados afirma dispoñer do correo electrónico do seu médico. Por outra banda, un 43,8% de profesionais sanitarios colexiados en Cataluña afirma empregar frecuente ou moi frecuentemente o correo electrónico para comunicarse cos usuarios. O emprego do correo electrónico como canle de comunicación médico-paciente, en calquera caso, aínda non pode ser considerado como maioritario.

- Seguimento dunha enfermidade crónica e o seu tratamento cando non é necesaria unha visita presencial, como no caso de asma, diabeto ou hipertensión.
- Promoción e educación en saúde.
- Aspectos administrativos (petición de cita, cambio de cita, etc.).

Desaconséllase o seu emprego en situacións de urxencia e agudas, así como no caso de pacientes descoñecidos cos que non houbo unha relación médico-paciente previa e presencial. Tamén se recomenda acordar co usuario o uso que se fará do correo electrónico e a mellor forma e condicións de realizalo: tipo de comunicacións, tempos de resposta, etc. (Mayer e Leis, 2006).

En base ao Documento de Traballo da Comisión de Deontoloxía do Colexio Oficial de Médicos de Barcelona denominado "Internet i la consulta virtual"³⁵, establecíanse as recomendacións que habían de seguir os médicos desta corporación no tratamento dos usuarios a través da correspondencia por medio do correo electrónico, que agrupamos nos seguintes apartados:

1) A consulta virtual non é un substituto da consulta persoal

- O emprego da consulta virtual non debe interferir cos principios básicos da relación médico-paciente, que son o respecto mutuo, a independencia do xuízo clínico, a autonomía do paciente e o segredo profesional.
- As novas tecnoloxías da información nunca deberán suplir os contactos persoais que son a base da relación médico-paciente. Así, o correo electrónico e outras formas de comunicación electrónica só deberían utilizarse para facilitar, realzar, potenciar esta relación interpersoal.

2) As consultas virtuais que poderían considerarse aceptables

- A consulta realizada por correo electrónico ao seu médico por un paciente coñecido, con Historia Clínica aberta e activa, sobre algunha circunstancia producida no curso do proceso asistencial, é unha consulta virtual plenamente aceptable, mesmo cando inclúe modificación do tratamento ou novas prescricións.
- A resposta a solicitudes de segundas opinións clínicas por correo electrónico enténdense como legalmente e eticamente admisibles, a pesar da ausencia de visita médica previa, sempre que se informe ao paciente que esta opinión non é un acto médico e que non substitúe un diagnóstico previo. Para emitir esta segunda opinión o médico debe asegurarse de que dispón de datos suficientes e ten certeza da súa calidade.

³⁵ <http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/sic/sic102/sic25.htm> [15/02/09]

3) As consultas virtuais que deberían considerarse non aceptables

- Contrariamente, as consultas realizadas solicitando diagnósticos, así como as prescricións farmacolóxicas realizadas no transcurso dunha "consulta virtual" sen visita física previa, non son aceptables eticamente, e ademais o médico expónse a un risco de responsabilidade civil e penal.

4) Precaucións necesarias (na realización de consultas virtuais)

- O médico debe velar pola **confidencialidade** do contido do correo electrónico recibido dos seus pacientes do mesmo xeito que con calquera outra forma de comunicación médico-paciente. Por tanto, a correspondencia electrónica terá que recibir tratamento confidencial.
- Igualmente debe terse coidado coa **identificación correcta** do enfermo antes de dar a súa resposta a calquera pregunta formulada por e-mail.
- Toda a correspondencia electrónica entre o médico e o paciente debe estar **documentada na Historia Clínica**, e por tanto debe gardarse unha copia en papel cando a Historia Clínica tamén o sexa.

3.6. A PRENSA MÉDICA: BREVE HISTORIA E SITUACIÓN ACTUAL DA PRENSA MÉDICA EN ESPAÑA. O CASO DE DIARIO MÉDICO.

A prensa médica abrangue o conxunto de publicacións vinculadas coa área da medicina e das súas especialidades dirixidas a profesionais sanitarios e nas que se fai uso da linguaxe médica para informar os lectores. Polo tanto, é unha prensa profesional, no sentido de que se dirixe a un colectivo profesional concreto (os médicos ou os profesionais sanitarios, ampliando a perspectiva) sendo elaborada por expertos e para expertos, de maneira que se emprega o código científico para elaborar as informacións.

A denominación “prensa médica” baséase, primeiramente, no criterio temático (son publicacións adicadas exclusivamente a unha ou varias especialidades da medicina) e, en segundo lugar, no criterio do perfil do lector ao que se dirixen (con formación médica) e, consecuentemente, a linguaxe que se emprega é a científica.

Existe unha gran cantidade de revistas e xornais médicos no noso país. Dita proliferação de cabeceiras médicas non é unha característica exclusiva dos inicios do século XXI, senón que tradicionalmente este sector destacou por un numeroso e sucesivo listado de títulos que foron vendo a luz especialmente a partir de mediados do século XVIII e que tiveron a súa época de esplendor durante o século XIX.

3.6.1. BREVE HISTORIA DA PRENSA MÉDICA EN ESPAÑA

Adoita citarse *Le Journal des Scavans* (1665), no que a medicina era unha das súas seccións, como antecedente da prensa médica a nivel europeo. Poucos anos despois, será tamén en Francia onde apareza por vez primeira a que pode considerarse como a primeira revista do ámbito médico, *Nouvelles decouvertes de toutes les parties de la Medicine* (1679), publicada por Nicolas Blegny, médico do Rei.

En España, o primeiro xornal médico publícase no Madrid de 1734 co título *Epbemérides Barométrico-Médicas Matritenses*, que marcará o punto de partida deste tipo de publicacións no noso país. Sucederanse non menos de dez publicacións no transcurso do século XVIII, espalladas por toda a xeografía española (Barcelona, Málaga, Sevilla, Cádiz, Valencia e Madrid).

Durante o século XIX, a proliferación de publicacións deste ámbito convertíranse no sector da prensa máis fértil e relevante entre as publicacións profesionais. En termos numéricos, Méndez Álvaro, director de *El Siglo Médico* (1854) e autor de *Breves Apuntes para la Historia del Periodismo Médico y Farmacéutico en España* (1882), catalogou 332 periódicos entre 1804 e 1882.

O período de maior esplendor será a época da Restauración. Varias razóns explican dito auxe (Fernández Sanz, 2001):

- A estabilidade política, inaugurada coa Restauración canovista en 1875.
- As melloras nas técnicas tipográficas e de comunicación, elemento decisivo neste desenvolvemento.
- Trátase do colectivo profesional con cualificación universitaria máis numeroso (entre médicos, farmacéuticos e veterinarios en exercicio habería uns 20.000 no ano 1900), ao que habería que engadir o alumnado universitario.
- A normativa sanitaria da época, con cambios, adaptacións e melloras constantes (por exemplo no campo do hixienismo) require dunha difusión inmediata e xeralizada, so pena de que aumenten as inadaptacións ou incumprimentos, non xa por parte dos médicos, senón polas autoridades gobernativas encargadas do seu cumprimento. A prensa médica comparece como o cauce de intercomunicación profesional máis rápido e efectivo.
- Os xornais médicos son tamén os mellores voceiros das denuncias puntuais relacionadas co exercizo da profesión.
- Florecemento das especialidades médicas nas últimas décadas decimonónicas (entre 1871 e 1902 chegan a publicarse en España once revistas de Oftalmoloxía) e de revistas de hixiene ou de estatística demográfico-sanitaria; nacemento da Asociación da Prensa Médico-Farmacéutica en 1875; independización da prensa veterinaria que se vai facendo un oco propio; aparición en 1898 dos Colexios Provinciais de Médicos e Farmacéuticos (con órgano propio).
- Os xornais médicos son tamén o mellor instrumento para que o asociacionismo médico, longo tempo intentado, estenda os seus tentáculos a todos os rincóns do país.

Así, no que resta para acabar o século, concretamente entre 1883 e 1903, ven a luz en España 515 revistas médico-farmacéuticas e veterinarias, entre as que destacan (Fernández Sanz, 2001): *El Siglo Médico*, *La Correspondencia Médica*, *El Genio Médico-Quirúrgico*, *El Diario Médico-Farmacéutico*, *La Farmacia Española*, *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, *Gaceta Médica Catalana*, *Revista de Sanidad Militar*, *Anales de la Real Academia de Medicina* e un longo etcétera de Anales, Boletíns, Gacetas e Revistas de distintas sociedades médicas que floreceron por aquel entón.

Son publicacións, ben de organismos estatais, provinciais e municipais, ben de institucións profesionais sen ánimo de lucro. A falta dunha estrutura empresarial que sosteña a publicación explica a escasa pervivencia da gran maioría. A súa vitalidade subxacente non ten que ver co económico —a maioría deron perdas— senón con outro tipo de aspiracións:

“deseos de asociación, de hacer fuerza ante las autoridades, de rendir cuentas del trabajo o investigación hecha, de abrir campo a una especialidad que emerge, de divulgación científica y profesional, de ganar adeptos a tal o cual doctrina o causa, de propaganda, de prestigio y hasta —sin duda— de lucimiento personal o como manifestación de piques profesionales; por supuesto, también de servicio” (Fernández Sanz, 2001: 45).

*El Látigo Médico*³⁶ constitúe o primeiro xornal médico diario que ve a luz en España no ano 1859, aínda que pronto reduce a súa periodicidade a tres números por semana e, máis tarde, a seis veces ao mes. Con el, iníciase unha serie de publicacións, predominantemente diarias, debidas a Saturio de Andrés y Hernández, que permanecen até 1866 e que posúen unhas características comúns, misturando o político e o médico e facendo difícil a distinción entre novas cabeceiras ou variantes nominais (*El Látigo médico*; *El látigo*; *La Razón*; *La Verdad*; *El Áncora profesional*; *El Áncora*; *La Sanidad*; *La Salud Pública*).

Xornais médicos diarios da época da Restauración foron: *Diario Médico* (1881); *Diario Médico-Farmacéutico* (1884); e outros homónimos a este último dos anos 1892 e 1899.

Aínda que a catalogación da prensa médica durante o século XX aínda está por facer, as décadas do segundo tercio amosan unha perda de vigor. O repunte producírase a partir de 1986, a partires da incorporación de España á Comunidade Económica Europea. Isto fará que grupos multimedia europeos penetren con especial interese nos sectores especializados, ben comprando as cabeceiras existentes, ben creando outras novas. Non hai que esquecer tampouco, a remodelación que experimenta o sistema sanitario español, o que dá lugar a máis profesionais e mellor preparados que tamén precisan mellores canles de información (Fernández Sanz, 2007).

³⁶ Subtítulo: *Periódico crítico y defensor de los intereses morales y materiales de los profesores de la ciencia de curar. Dirigido por Don Saturio Andrés y Hernández y redactado por una sociedad de médicos, farmacéuticos, cirujanos y veterinarios de partido. Órgano oficial de estas clases.* (apud Fernández Sanz, 2001: 98).

3. 6.2. DESCRICIÓN DA SITUACIÓN ACTUAL

A situación actual da prensa médica en España caracterízase pola gran cantidade de publicacións existentes. Calcúlase que un profesional médico recibe unha media de 4,5 revistas por semana³⁷. O listado de publicacións deste ámbito resulta numeroso debido á multiplicidade de especialidades e subespecialidades médicas e de entidades editoras, destacando, as asociacións profesionais (de cirurxiáns, de cardiólogos, de oftalmólogos... a nivel estatal e autonómico), as facultades e universidades, os centros de investigación (CSIC), os hospitais e os seus departamentos ou determinadas editoriais do sector (como poden ser *Elsevier*, *Ediciones Mayo*, *EDIMSA*, *Grupo Acción Médica*, *Contenidos e Información de Salud*, por citar as máis importantes).

Neste tipo de soportes danse a coñecer as investigacións realizadas nunha área médica, así como artigos de opinión ou aspectos da actualidade profesional.

Entre os deberes deontolóxicos do médico está o de comunicar aos seus colegas as descubertas procedentes do seu traballo de investigación. Así se recolle no Código de Deontoloxía Médica (Capítulo XV. Das publicacións profesionais, Art. 39):

“El médico tiene el deber de comunicar prioritariamente a los medios profesionales los descubrimientos que haya realizado o las conclusiones derivadas de sus estudios y ensayos científicos, cualquiera que sea su signo”.

No Código Deontolóxico da profesión, ademais inclúense unha serie de normas que o médico non debe incumprir na publicación de artigos científicos (Art. 39.3):

- ☐ Dar a coñecer de modo prematuro ou sensacionalista procedementos de eficacia aínda non determinada ou esaxerar esta.
- ☐ Falsificar ou inventar datos.
- ☐ Plaxiar o publicado por outros autores.
- ☐ Deixar incluír como autor a quen non contribuíu substancialmente ao deseño e realización do traballo.
- ☐ Non mencionar todas as fontes de financiamento do traballo que motiva a publicación.
- ☐ Realizar publicacións repetitivas.

En España publícase unha gran cantidade de revistas médicas, de tal modo que o número exacto resulta extremadamente difícil de precisar. En OJD, só figuran 61 publicacións controladas na área de Medicina; 10, na de Farmacia e 5 na de Enfermería, un total de 76³⁸.

³⁷ *Noticias de la comunicación*, nº 68, 2 de novembro de 1992.

³⁸ Nunha consulta realizada a 24/07/2008.

Poren, os títulos de revistas médicas editadas en España é moito máis numeroso. No estudo “Factor de impacto potencial de las revistas médicas españolas”³⁹, que se circunscribe ás publicacións biomédicas de cariz máis científico indexábanse un total de 99 (período 2003-2005). No directorio de revistas de biomedicina indexadas no IME, base de datos de artigos de biomedicina do CSIC producida polo Instituto de Historia da Ciencia e Documentación López Piñero, atopamos un total de 379 títulos de revistas vivas editadas en España de Medicina, Enfermería e Farmacia⁴⁰.

A criterio de Fernández Sanz (2007), pode barallarse a cifra de 600 revistas que se moven na órbita médico - farmacéutica e de información da saúde.

Algunhas características do sector da prensa médica no noso país na actualidade poderían ser, ademais da sobreabundancia de cabeceiras, as seguintes (Fernández Sanz, 2007):

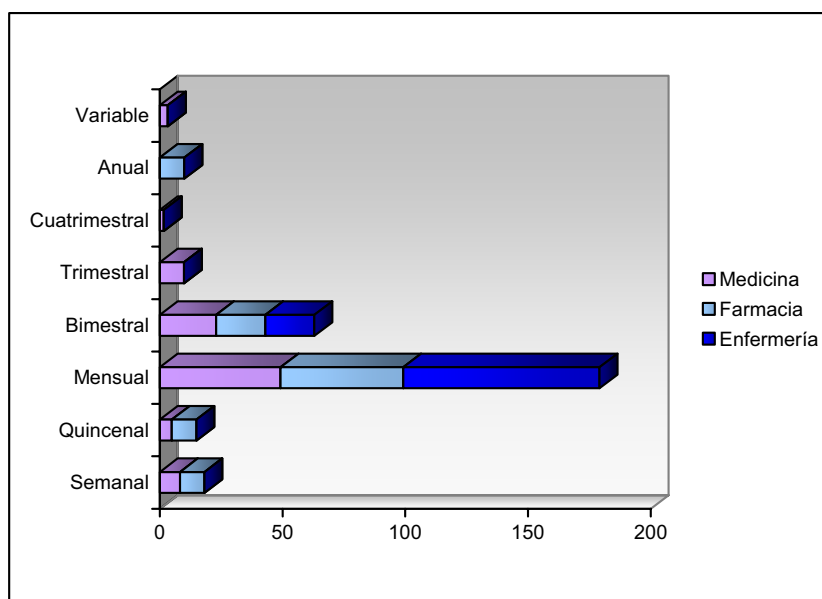
- Tendencia a unha maior especialización dentro da especialización (*Revista del pie y del Tobillo*).
- Versión ao español das cabeceiras médicas norteamericanas e europeas, anglosaxonas en especial.
- Unha maior vinculación das editoras españolas aos grupos de comunicación médica internacionais (sendo Elsevier o máis relevante).
- Baile constante de cabeceiras que pasan dunha editora a outra.
- Progresiva tendencia á creación de revistas que, máis que dirixidas ao conxunto da poboación, encamiñanse a nichos sectoriais de pacientes con algún tipo de enfermidade ou doenza levadeira aínda sendo crónica.
- Xeralizada instalación en Internet de onde se poden descargar bastantes das principais cabeceiras.

Dos títulos controlados por OJD, podemos observar algunhas características:

1. Por canto á periodicidade, a maioría son mensuais.

³⁹ López Piñero, J. M^a (di.): “Factor de impacto potencial de las Revistas Médicas Españolas”. Proxecto elaborado polo Instituto de Historia da Ciencia e Documentación López Piñero (Univ. Valencia – CSIC). A base de datos está dispoñible en: http://ime.uv.es/imecitas/impacto_ime.asp?anyo=4 [30/10/07]

⁴⁰ Nunha consulta realizada a 28/10/07 na base de datos IME: <http://bddoc.csic.es:8080/inicio.do;jsessionid=CEBF7B2DBC5120378007F2146F79827F> [28/10/07]



Gráfica nº8. Periodicidade das publicacións das áreas de Medicina, Enfermería e Farmacia controladas por OJD a Decembro de 2007. Elaboración propia.

2. As máis numerosas teñen unha difusión entre os 2.000 e os 5.000 exemplares. Agrupándoas por categorías en canto á difusión, temos os seguintes datos:

Difusión	Nº Publicacións
1.000 ≤ 5.000 exemplares	37
5.001 ≤ 15.000 exemplares	22
15.001 ≤ 25.000 exemplares	13
+25.001 exemplares	3
Non Consta	1
////////////////////	76

Táboa nº 44. Difusión das publicacións das áreas de Medicina, Enfermería e Farmacia controladas por OJD a Decembro de 2007. Elaboración propia.

3. Das publicacións estritamente médicas controladas, as de maior difusión son:

Nome	Periodicidade	Difusión	Período Controlado	Entidade editora
<i>Madrid Médico</i>	Mensual	30.672	Xaneiro - Decembro 07	Colegio Oficial Médicos Madrid
<i>Siete días médicos</i>	Semanal	24.996	Xaneiro - Decembro 07	Ed. Mayo
<i>El Médico. Profesión y humanidades</i>	Semanal	24.797	Xaneiro - Decembro 07	Saned
<i>Jano Medicina y Humanidades</i>	Semanal	24.276	Xaneiro - Decembro 07	Elsevier
<i>Revista Ilustrada Del Consejo General De Colegios De Odontólogos Y Estomatólogos De España</i>	Trimestral	23.310	Xaneiro - Decembro 07	Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España
<i>Gaceta dental</i>	Mensual	21.442	Xaneiro - Decembro 07	Pues S. L.

Táboa nº45. Publicacións médicas de maior difusión controladas por OJD a Decembro de 2007. Elaboración propia.

Estamos, polo tanto, ante un sector altamente prolífico, que bebe, fundamentalmente, dos ingresos publicitarios da industria farmacéutica.

3.6.3. O CASO DE *DIARIO MÉDICO*

Diario Médico constitúe a única publicación diaria da prensa médica española. Editado polo Grupo Recoletos, nace no ano 1992. É un diario gratuíto que chega ás clínicas, hospitais e centros de saúde de toda España⁴¹. Consta de nove seccións: *Agenda*, *Sanidad*, *Profesión*, *Normativa*, *Medicina*, *Gestión*, *Entorno*, *Guía del profesional* e *Planning*.

En *Agenda* recóllense os cursos, simposios e congresos que están tendo ou van ter lugar proximamente. En *Sanidad*, abórdanse as noticias de política sanitaria. En *Profesión*, trátanse as cuestións relacionadas co exercizo dos profesionais médicos, dándose voz a sindicatos, colexios profesionais, etc. En *Normativa*, recóllense as sentenzas relacionadas co mundo sanitario. En *Medicina*, cuestións científicas e de investigación; en *Gestión*, os temas empresariais en relación coa organización e xestión das empresas sanitarias; en *Entorno* é onde se tratan outros asuntos como

⁴¹ A 22 de novembro de 1998, *Diario Médico* chegaba a un total de 3078 centros en toda España (Rico Jerez, 2002), cifra que na actualidade, segundo figura na súa páxina web, alcanza os 3500 centros.

filmes ou curiosidades da linguaxe; *Guía*, onde saen ofertas de emprego e outras que se consideran de interese (ex. Inmobiliarias) e convocatorias de premios a traballos e investigacións; e *Planning*, que ofrece un panorama de cursos e congresos do ámbito médico a máis longo prazo.

O seu plantel de Redacción está integrado maioritariamente por xornalistas, aínda que na sección de “Medicina”, hai dous médicos que coordinan e revisan as informacións⁴². Por outra banda, a sección de “Normativa” é elaborada exclusivamente por licenciados en Dereito:

“En lo que se refiere a la parte de normativa, el personal ya no está formado por periodistas, sino por abogados, puesto que con el paso de los años, los editores se han dado cuenta de que afrontan temas bastante delicados, en los que se necesita un gran conocimiento legislativo”. (Rico Jerez, 2002: 81).

Diario Médico conta cunha media dunha trintena de páxinas diarias e constitúe unha das publicacións de referencia do sector. Segundo os últimos datos de OJD, na actualidade (a decembro de 2008) conta cun promedio de 49.327 exemplares distribuíbles, unha cantidade diaria relevante no marco das publicacións técnicas profesionais.

Na publicidade das súas páxinas, predominan os anuncios da industria farmacéutica e do Grupo Recoletos. A publicidade da industria farmacéutica pode ser de tres tipos:

- Comercial, o anuncio mostra un determinado medicamento.
- Institucional, o anuncio non se centra nun produto en concreto, senón na imaxe que quere proxectar de si mesmo o laboratorio farmacéutico⁴³.
- Como entidades patrocinadoras do Congreso, Simposio, Curso, etc. que se anuncia e, nesa medida, nun segundo plano.

Diario Médico dispón ademais dende 1997 da súa versión electrónica, *diariomedico.com*. Os datos de OJD amosan que se trata dunha publicación electrónica de referencia no sector: En decembro de 2008, conseguiu que 518.230 usuarios únicos visitasen as súas páxinas (unha media mensual de 725.830 visitas), ubicándose no posto 95 das 377 publicacións electrónicas controladas por OJD.

Ademais, realiza o envío diario dun *newsletter* ao correo electrónico dos usuarios rexistrados coas principais noticias do día. Semanalmente, pode recibirse outro especializado nunha área médica en concreto (Oncoloxía, Cardiología, Atención Primaria ou Saúde da Muller).

⁴² Segundo declaracións de María R. Lagoa, redactora de *Diario Médico* en Galicia, no “I Seminario de Periodismo e Biomedicina. Obesidad y Nutrición: Cómo Comunicar”, celebrado en Compostela o 10 de Febreiro de 2009.

⁴³ Nesta liña, os eslógenes apostan pola proximidade, así como polo compromiso coa sociedade: Ex. “Merck Sharp & Dohme de España S.A., el lado humano de la medicina”.

Tamén aproveita a interactividade da Rede. Así, periodicamente, organízanse encontros dixitais con algunha personalidade destacada do mundo sanitario. Por outra parte, conta con blogs, foros e ofrece tamén posibilidade de formación a través de cursos en liña.

4. TRATAMENTO INFORMATIVO DA INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE, SANITARIA E MÉDICA NOS MEDIOS XERALISTAS. XORNALISMO CIENTÍFICO E XORNALISMO DA SAÚDE.

Até aquí a descrición cuantitativa do que publican sobre medicina, saúde e sanidade os medios de comunicación en España. Mais, ¿cal é o tratamento que reciben estes contidos? Como área específica do saber e como parcela do ámbito científico da realidade informativa, informar sobre saúde require dunha serie de coñecementos que permitan contextualizar, relacionar e explicar os feitos.

¿Que fan os medios xeralistas a este respecto? ¿Que aspectos se valoran nunha información sobre saúde para incorporala ao proceso de *newsmaking*? ¿A que fontes recorren os medios? No presente apartado, preocupámonos pola calidade da información sobre saúde que se difunde, buscamos coñecer como se están a abordar os contidos e cales son as rutinas que caracterizan o proceso de produción informativa neste ámbito.

4.1. CRÍTICA AO TRATAMENTO INFORMATIVO ACTUAL. PROPOSTA DE MELLORA DO CICLO DE PRODUCCIÓN DA INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE

En xeral, podemos observar que as lóxicas informativas dos medios xeralistas que non contan con xornalistas especializados son inadecuadas para dar cobertura ós acontecementos científico-médicos susceptibles de converterse en noticia, detectándose unha serie de dinámicas negativas (Chimeno Rabanillo, 2004; Moreno Castro, 2004).

- Espectacularización dos titulares e sensacionalismo, entendido como o predominio da información máis chamativa e a primeira vista sorprendente.
- Especulación, co obxecto de aproximar a audiencia ó desenvolvemento tecnolóxico. Nesta liña, imaxínanse múltiples modos de aplicación das innovacións en numerosas ocasións con certa morbosidade.
- Alarma social, activando temores infundados sobre determinadas enfermidades ou situacións de risco.
- Publicidade encuberta, en relación a profesionais, ferramentas vencelladas co mundo da saúde ou fármacos.

- Exceso de tecnicismo e parcialidade a favor dos profesionais sanitarios e contra o verdadeiro interese da audiencia.

Martínez Nicolás (1994: 59-62) caracterizaba a lóxica informativa dos medios respecto dos temas de sanidade do seguinte modo: 1) trivialización do enfoque informativo; o autor toma como referencia a Wallack (1989, 1990) e explica que os obxectivos de mellora sanitaria non se acadan coa modificación dos hábitos dos individuos, aspecto no que inciden os medios, senón promovendo a transformación de condicións sociais que se atopan na base dos problemas; 2) adopción dunha perspectiva medicalizada sobre os problemas sanitarios, de maneira que se aceptan os puntos de vista da comunidade médica case con exclusividade; 3) predominio do modelo do relato político, é dicir, noticias a partir dunha fonte única autorizada coa consecuente ausencia de iniciativa xornalística para a profundización; 4) superficialidade dos contidos e 5) inadecuación das informacións ás necesidades da audiencia.

Herrero Aguado (2003: 14-16) reflexiona asimesmo sobre estas cuestións e enumera unha serie de problemas no tratamento da informacións sobre saúde por parte dos medios de comunicación:

- Os medios informan do que é noticia e non necesariamente do que resulta significativo dende un punto de vista médico ou científico.
- A actualidade informativa esixe que se informe con rapidez, co que se corre o risco de dar datos que non foron suficientemente contrastados.
- Existe a tendencia a amplificar os resultados para buscar a versión máis atractiva e máis impactante.
- A información sobre saúde presenta o risco de confundir periodismo e publicidade.
- A falta de especialización xera erros no tratamento xornalístico, como por exemplo, no emprego do léxico ou na consulta das fontes máis axeitadas.
- O risco de frivolidade e trivialización é enorme, especialmente nos medios radio e televisión.

Fernández Muerza (2005: 205-232), nunha investigación recente, verificaba a incorporación da ciencia ó grupo das “noticias espectáculo”, conducindo á trivialización e banalización da propia ciencia. Apuntaba tamén outro tema de interese, que o autor denominaba “explotación do coñecemento”, segundo o cal, os descubrimentos científicos se avalían comercialmente antes de que sexan validados cientificamente. O emprego da ciencia como excusa para falar doutros asuntos de actualidade, como políticos ou sociais, era outro dos fenómenos asociados verificados na citada investigación.

Na nosa opinión, as principais carencias das informacións sobre saúde serían:

1. Polarización da información en dous extremos radicais: Os miragres e as catástrofes, o ceo e o inferno; as novas “new hope” e “no hope”, en palabras de Cohn e Cope (2001). A operación cirúrxica que se realiza por primeira vez, e con éxito; a epidemia de gripe aviaria, porcina, etc. que nos ameaza.

“A new cure comes along and we want to believe it. A new alarm is sounded, and we too tremble. Alarms also make good news. We too often obey a sardonic maxim: Bad news is good news; good news is no news” (Cohn e Cope, 2001: 8).

De feito, prodúcese un afastamento entre os temas que os medios tratan preferentemente e aqueles que poderían preocupar a sociedade, tendo en conta o número de vítimas que ocasionan. Fálase de vacas tolas, febre aftosa, peste porcina, meninxite, *legionella* ou Sida. Mórrese de isquemia cardíaca, enfermidades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, cancro de pulmón, demencia senil, diabetese ou cancro de colon.

Nunha investigación levada a cabo por Combs e Slovic (1979), os autores demostran que na cobertura xornalística enfátizanse os homicidios, os accidentes e os desastres naturais como causas de morte, mentres que se ignoran as enfermidades. Os autores reflexionan sobre a causa que o explica aludindo a unha dobre natureza:

- Por unha banda, os accidentes violentos e os homicidios fan as historias máis excitantes e interesantes que as enfermidades.
- Pola outra, as enfermidades poderían considerarse problemas privados, persoais, excepto naqueles casos en que ameazan con converterse en epidemias (incontroladas e catastróficas e, polo tanto, obxecto de interese mediático).

A dinámica de *bad news* opera neste senso. Galtung e Ruge (1965) explican que mentres que o positivo é difícil e require tempo, o negativo é máis fácil e esixe menos tempo, por iso resulta máis fácil que se desenvolva no tempo comprendido entre dúas edicións dun xornal ou dúas emisións informativas. Canto máis negativas sexan as consecuencias dun acontecemento máis probabilidades ten de chegar a converterse en noticia.

Resulta ser, ademais, unha cuestión de comodidade. Este “maniqueísmo informativo” está relacionado coa caricaturización dunha realidade, a sanitaria, escorregadiza para quen non posúe os coñecementos e as ferramentas necesarias para comprendela e dála a coñecer.

Digamos que o criterio de bo ou malo, positivo ou negativo, branco ou negro (de impactante para ben ou para mal, ao cabo), resulta máis fácil para seleccionar os acontecementos da realidade sociomédica que se convertirán en pezas informativas.

2. Sensacionalismo e amarelismo, especialmente no grupo de titulación. Este aspecto está moi relacionado coa polarización informativa, pero tamén se debe, segundo cremos, á aplicación das mesmas rutinas produtivas válidas para outras áreas de información á área da saúde, de maneira que se teñen en conta valores noticia como a novidade, o sorprendente ou o conflitivo para que un acontecemento supere o proceso de *gatekeeping*.

Neste proceso, o papel do redactor xefe ou do editor resulta fundamental. Neste senso, o xornalista precisa “venderlle” a información ao seu editor para que poida saír publicada. Para iso, búscase o novidoso, o titular chamativo, a cifra, o que conduce a un tratamento sensacional, pero de pouca utilidade a nivel social.

3. Falta de contextualización e de seguimento das informacións. Boa parte das noticias sobre saúde fican no anecdótico, de modo que non son debidamente contextualizadas nin teñen tampouco un seguimento posterior, co que o que se transmite á audiencia é a anécdota ou a efeméride (ex. o primeiro implante dun corazón artificial), sen que trascendan as consecuencias, as repercusións e a verdadeira proxección social das descubertas e dos avances biomédicos.

4. Medicalización do discurso, derivado dunha ausencia de contraste das fontes médicas empregadas. Segundo explica Colombo (1997), a resistencia a indagar que se atopa en xeral no xornalismo contemporáneo non só se reforza cando a fonte é científica, senón que tende a presentar esa fonte como absolutamente segura, dando lugar á “noticia-acatamiento”. Dunha banda, isto débese, segundo Colombo (1997) á submisión do humanista ao científico, característica do mundo contemporáneo, pero tamén a unha falta de reflexión crítica do xornalista obstaculizado pola voracidade do “xa está listo” dos instrumentos de información.

Nesta liña, Annick Zappalà (1997) diagnostica o discurso que se publica sobre Medicina na prensa e atopa dous modelos de comportamento: 1º) o da submisión - dependencia e 2º) o da responsabilización – independencia:

Segundo o primeiro modelo, a prensa concibiría o médico como un sabio, un sacerdote ou un mago, coma un heroe dotado de pureza e intelixencia. Os actores médicos comparecen como instancias lexítimas de control social e experto e a quen se lles atribúen os roles de controlar a enfermidade, organizar a prevención, persuadir no tocante ás medidas políticas como a vacinación ou loitar contra calquera terapia alternativa considerada perigosa para a medicina lexítima e académica.

No segundo modelo, hai un distanciamento crítico e relativización por parte dos medios con respecto á ciencia médica. Elabórase un discurso de defensa do consumidor e de tentar formar un espírito crítico no lector. Segundo explica a autora, a revelación dun perigo ou dun risco reactiva problemáticas e suscita un xornalismo de investigación que tenta suplir a falta de información

divulgada polos científicos e chamar a atención sobre os riscos provocados pola ciencia na súa relación coa modernidade.

Digamos que este segundo modelo de responsabilización- independencia actívase nos medios cando se produce unha situación de crise. De feito, a autora indica textualmente que as novas enfermidades de finais do século XX permitiron relativizar o coñecemento indiscutible da todopoderosa ciencia médica.

“La maladie de la vache folle brise le mythe de la science capable d’erradiquer toutes les maladies” (Zappalà, 1997: 184)

Porén, esa actitude máis vixiante, máis desconfiada, mesmo máis esperta debería acompañar o traballo xornalístico permanentemente e respecto de calquera área do saber e non exclusivamente cando se producen situacións de emerxencia mal xestionadas polas autoridades, que finalmente perden o control informativo da situación.

5. Politización da axenda mediática. As páxinas de saúde dun xornal non deberían converterse nas páxinas de política sanitaria. A política sanitaria é unha parcela máis de interese neste área informativa, pero non a única. A reverencia ao nivel xerárquico da fonte e o traballo dos gabinetes de comunicación conseguen que, moitas veces, sobre todo nos medios que carecen de xornalistas especializados, a política sanitaria sexa a única merecedora de espazo na superficie redaccional dos medios.

Todo isto está en relación coas dinámicas produtivas do exercicio do xornalismo que, non obstante, non resultan as máis axeitadas para o tratamento de contidos sobre saúde.

As **principais causas** das que se derivan todos estes aspectos atópanse, segundo cremos, nos seguintes elementos:

- 1) A falta de especialización dos xornalistas que cobren as informacións sobre saúde, na que profundizaremos máis adiante.
- 2) A ausencia de certo compromiso ou aposta por parte dos medios cara á creación de espazos específicos para esta área informativa, de modo que as informacións sobre saúde non se vexan na obriga de competir con acontecementos doutro cariz (sucesos, moda, anécdotas rosa, etc.).
- 3) A contraposición entre as dinámicas xerais de cobertura e de tratamento informativo dos acontecementos no exercicio do xornalismo coas dinámicas propias da área científica e médica, sobre todo, no que respecta a:

3.1. A selección dos temas susceptibles de se converter en noticia. Dende a perspectiva dos medios xeralistas, a escolla debe responder a criterios de novidade e actualidade,

fundamentalmente; pero dende a perspectiva dos expertos en temas de saúde pública, as mensaxes son dificilmente actualizables ou novidosas: “hai que facer exercicio”; “hai que deixar de fumar” ou “deberíamos comer cinco racións de froitas e verduras no día”, etc. son mensaxes que non aportan nada novidoso e que constantemente se necesitan facer chegar á poboación.

Atkin e Arkin (1990: 16) xulgan que as institucións para a saúde pública e os medios de comunicación perseguen obxectivos diferentes, derivados dunha serie de prioridades que se contraponen:

Prioridades en conflito entre os medios e as institucións sanitarias	
Obxectivos dos medios	Obxectivos das institucións sanitarias
Entreter, persuadir ou informar	Educar
Conseguir un beneficio	Mellorar a saúde pública
Reflectir a sociedade	Cambiar a sociedade
Facer fronte a problemas persoais	Facer fronte a problemas sociais
Cubrir eventos a curto prazo	Conducir campañas a longo prazo
Dar saída ás principais pezas informativas	Promover a comprensión de información complexa

Táboa nº 46. Prioridades enfrontadas entre os media e as institucións públicas de saúde. Fonte: Arkin, Arkin (1990: 16). Elaboración propia.

Stuyck (1990: 71) incide nestes intereses encontrados entre a comunidade de saúde pública e os medios. Reducíndoo ó máis elemental indica que a primeira busca os medios para conseguir apoio, atención e unha cobertura positiva, mentres que os medios buscan noticias que sexan relevantes e interesantes para as súas audiencias. Conclúe ademais que hai unha relación desigual entre ambos actores e que a comunidade de saúde pública precisa os medios máis do que estes a comunidade de saúde pública.

3.2. A diverxencia entre o *modus operandi* científico e o xornalístico, que implica un sobreesforzo por parte do xornalismo á hora de achegarse aos temas científico-médicos.

En opinión de De Semir (2000), as verdades da ciencia son sempre verdades relativas que son sometidas, mesmo polo propio equipo descubridor, rapidamente a novas análises e validacións. Son verdades que no tempo científico evolucionan, interprétanse e contrástanse continuamente e poden levar co tempo mesmo a outras conclusións. Pola contra, o xornalista precisa titulares taxativos, verdades absolutas. Os *tempos* científico e xornalístico, en consecuencia, non son coincidentes.

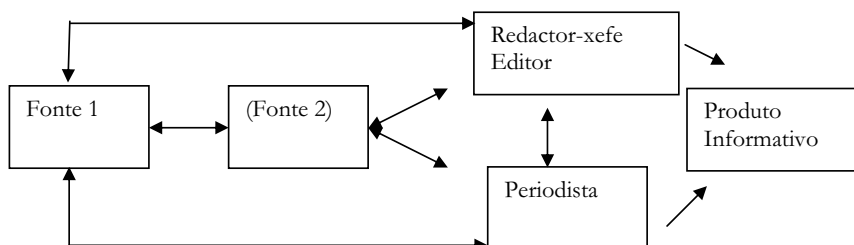
Tampouco coinciden outros aspectos relativos ao espazo dispoñible, a linguaxe empregada, o grao de comprensibilidade da información, etc.

Diferenzas nas dinámicas de traballo de investigadores/médicos e dos xornalistas		
	Investigadores/ Médicos	Xornalistas
Tempo	Estudos de longa duración (2-3 anos mínimo)	Frecuencia do produto informativo
Espazo	Unha publicación enteira	Como moito unha dobre páxina
Linguaxe	Técnica (médica)	Accesible, directa
Densidade da información	Alta	Baixa
Grao de comprensión da información para non expertos	Baixo (Mínimo)	Alto
Grao de contundencia da información	Medio-baixo (condicionado pola mostra, os estudos anteriores e próximos estudos)	Alto (alomenos no titular)

Táboa nº 47. Diferenzas nas dinámicas de traballo dos investigadores científicos ou médicos e dos xornalistas. Fonte: Elaboración propia.

Aínda que a diverxencia nas dinámicas de traballo de xornalismo e ciencia (saúde pública, investigación biomédica, etc.) resultan patentes, unhas pequenas modificacións nas actitudes dos integrantes do proceso de produción da información poderían contribuír a uns mellores resultados (uns resultados máis responsables) na cobertura informativa da información sobre saúde.

Este é o modelo que propoñemos no ciclo de produción da información sobre saúde:



Esquema nº 32. Proceso de produción da información. Elaboración propia.

1. Fonte 1 (Fontes-orixe: grupos de investigación, sociedades científicas, profesionais sanitarios, etc.):

- Ter interese en dar a coñecer á sociedade e aos medios (non exclusivamente á comunidade científica), os resultados das súas investigacións e estudos. Transparencia, en lugar de opacidade.
- Adecuar a linguaxe médico/sanitaria a un nivel comprensible para a sociedade.
- Ser accesible ao trato cos medios, aclarar e dar explicacións ás preguntas dos xornalistas sempre que sexa preciso.
- Ser consciente do “tempo” do traballo xornalístico, que está sometido á frecuencia de publicación do produto informativo en cuestión.

2. Fonte 2 (Gabinetes de comunicación: de hospitais, grupos de investigación, sociedades científicas, etc. Figura entre parénteses porque pode non existir):

- Enviarlles aos medios información de interese xeral, plantexada de forma clara e ofrecendo a posibilidade de ampliála e contrastala con fontes expertas.
- Facilitar o acceso ás fontes-orixe da información.
- Mediar entre a fonte-orixe e o xornalista.
- Contribuír, por medio de documentación, a contextualizar a información.
- Axudar a adecuar o relato xornalístico ao soporte informativo no que traballe o medio. Ex. se é unha canle de televisión, facilitándolle imaxes coas que se poderían ilustrar a información.

3. Os editores ou redactores-xefe:

- Procurar atender á actualidade informativa deste ámbito así como introducir tamén temas atemporais e, como tales, non caducos.
- O sensacional e o chamativo non debe ser o criterio de selección da información sobre saúde para non converter a saúde en sinónimo de alerta sanitaria ou de milagre. Priorizar o interese social da información.
- Achegar a sociedade ao “descoñecido, misterioso e onnipotente” mundo sanitario.

- Ser consciente de que o “tempo científico” non é o mesmo que o “tempo periodístico”.

4. Os xornalistas:

- Deberían ter a formación adecuada para coñecer as temáticas e as fontes de información da área informativa e saber contrastalas. Ocuparanse de reciclarse constantemente.
- Evitarán una dependencia exclusiva das fontes institucionais.
- Deben evitar tamén converterse en correa de transmisión de estudos pouco fundados. Deberán poñer en dúbida as fontes de información que non sexan transparentes.
- Pensar no que interesa aos cidadáns na selección, tratamento e elaboración da información sobre saúde.
- Evitar o sensacionalismo en titulares e no tratamento informativo.
- Empregar unha linguaxe accesible para calquera lector, evitando o uso de tecnicismos, siglas e terminoloxía anglosaxona e incluíndo as explicacións necesarias para unha boa comprensión e asimilación da información.

4.2. A ESPECIALIZACIÓN DO XORNALISMO. O XORNALISMO DA SAÚDE

Para que os xornalistas poidan contribuír a esa cadea de produción da información con rigor e criterio deben ser periodistas especializados. O tratamento inadecuado, de pouca calidade, da información sobre saúde ten, entre as súas causas principais, a falta de especialización por parte dos informadores.

“La falta de especialización de los periodistas que cubren las información científico-técnica genera en numerosas ocasiones que los mensajes emitidos o publicados sean de escasa calidad”. (Moreno, Gómez, 2002: 21).

O xornalista especializado é aquel que coñece a área na que traballa, distingue o que é noticia e o que non (sen ter que refuxiarse nos aspectos máis espectaculares da información), domina a linguaxe técnica, sabe onde documentarse, propón temas, contrasta fontes, recíclase constantemente, etc. A especialización do xornalismo, o desenvolvemento dun xornalismo da saúde, podería ser unha forma de que a cantidade e a calidade das informacións sobre saúde, sanidade e medicina evolucionasen positivamente.

O nacemento do xornalismo especializado vén a ser un paso máis na evolución da concepción e no modo de traballo do xornalismo, un camiño que partiu dun modelo ideolóxico, ó servizo de ideas relixiosas e de partidos políticos, que deveu informativo, baseado nos feitos e na “obxectividade” do profesional, para pasar a unha nova etapa, a do xornalismo explicativo, na que aínda nos atopamos e caldo de cultivo do seu seguinte paso, que xa comezou a darse aínda que non está plenamente consolidado nin totalmente estendido: o do xornalismo especializado.

Segundo argumenta Montse Quesada (1998), a necesidade da especialización parte da idea de que a sociedade actual está fragmentada en intereses especializados, ós que os medios queren responder. A isto engádense outros factores como os imperativos de produtividade (xornalistas máis preparados que satisfagan as demandas informativas das súas audiencias) e a racionalización da organización empresarial. Para Quesada, xornalismo especializado é aquel que

“resulta de la aplicación minuciosa de la metodología periodística de investigación a los múltiples ámbitos temáticos que conforman la realidad social, condicionada siempre por el medio de comunicación que se utilice como canal, para dar respuesta a los intereses y necesidades de las nuevas audiencias sectoriales” (Quesada, 1998: 23).

Á fragmentación e especialización dos intereses da audiencia, engádese a especialización das fontes de información coas que o xornalista entra en contacto. En opinión de Llano (2008), a especialización do xornalismo responde á especialización que tivo lugar nas relacións sociais da man

da división do traballo. O xornalista precisa especializarse para poder comprender o inmenso caudal de coñecementos e de toma de decisións, dos que proceden o progreso social e cultural en cada dominio da actividade humana.

“Ante una cantidad cada vez más ingobernable de fuentes de información sobre todos los saberes expertos, el periodista está obligado a decidir por sí mismo qué hechos, informaciones y opiniones son dignas de ser puestas en circulación para que lleguen a ser del dominio público. Pero difícilmente logrará hacer adecuadamente esa selección sin un criterio periodístico que no se reduzca al genérico de informar sobre hechos sensacionales o espectaculares: necesita un criterio especializado de selección” (Llano, 2008: 45).

Nun mundo no que a investigación científica constitúe o motor do progreso humano, no que a Investigación, o Desenvolvemento e a Innovación ocupan unha parte cada vez máis estratéxica nos orzamentos das empresas e dos Estados, no que melloramos a nosa calidade de vida grazas a vacinas e a descubertas biomédicas, no que os problemas ambientais medran e buscamos enerxías alternativas, a información deste “ámbito temático da realidade social” ao que denominamos Ciencia consolídase como eido informativo de relevancia.

De aí a necesidade de especialización dos xornalistas na área científica e tecnolóxica, configurando o que se coñece como Xornalismo Científico, que Calvo Hernando (1992) define como

“Especialización informativa que consiste en divulgar la ciencia y la tecnología a través de los medios informativos de comunicación de masas” (Calvo Hernando, 1992: 22).

Belenguer Jané (2002:54) aporta, pola súa banda, unha definición bastante similar e considera que o Xornalismo Científico é

“Un área de especialización periodística o un periodismo especializado que consiste en informar y divulgar sobre temas científicos en los medios de comunicación”.

As novas especialidades emerxentes como o xornalismo da saúde, o medioambiental ou o tecnolóxico, entre outros, poden ser incluídas dentro do xornalismo científico (Elías, 2008). A opinión máis xeralizada é que ao ser a medicina, o medio ambiente ou a enxeñería aplicacións prácticas das ciencias naturais, os seus procedementos e leis xerais son as mesmas que as empregadas no xornalismo científico.

“Es decir, los principios generales del periodismo que aborda las ciencias naturales son los que rigen también la información sanitaria, medioambiental o tecnológica”. (Elías, 2008: 16)

Así, do *corpus* do Xornalismo Científico, partiron o Xornalismo da Saúde, o Xornalismo Ambiental e o Xornalismo Tecnolóxico, o primeiro centrado na información sobre saúde, sanitaria e médica; o segundo, que dá cobertura ós acontecementos da área informativa ambiental e o terceiro, que dá conta dos acontecementos da área tecnolóxica.

“La información sobre temas relacionados con la salud se ha incluido, normalmente, dentro del área correspondiente al periodismo científico y técnico. Sin embargo, la creciente necesidad de una información más puntual y completa sobre los problemas sanitarios ha ido consolidando la especialización sanitaria como un área informativa de especial relevancia”.(Esteve Ramírez; Fernández del Moral, 1999: 261)

Segundo Casino (2003), é a partir dos anos 80 do século XX en España, cando se producen dous acontecementos noticiosos que fan que as informacións de saúde comecen a gañar peso nas páxinas dos xornais estatais, aínda que os xornalistas da época non poderían considerarse xornalistas especializados.

“Las informaciones sobre el Síndrome Tóxico y el Sida abrieron hace dos décadas una cuña importante en los periódicos sobre temas de salud. Y desde entonces, la información médica ha venido ocupando un espacio informativo creciente en estos medios” (Casino, 2003: 22).

4.2.1. FUNCIONÉS DO XORNALISMO CIENTÍFICO E DO XORNALISMO DA SAÚDE

Por canto ás súas funcións, o xornalismo científico debe ocuparse de informar, interpretar e exercer o control cidadán (Calvo Hernando, 1992; Rubio Moraga, 2002).

“Informa al transmitir de modo comprensible contenidos científicos expresados por los especialistas con jergas crípticas, a la vez que estimula la curiosidad y sensibilidad del público.

Interpreta porque inserta el significado y sentido de los descubrimientos transmitidos en el contexto de la vida cotidiana del ciudadano.

Y **controla** de forma delegada, puesto que el conocimiento ciudadano de las actividades científicas y tecnológicas influye en las decisiones políticas que las regulan”.

(Calvo Hernando, 1992: 31-32)

As definicións de Xornalismo Científico, polo tanto, subliñan a súa finalidade divulgadora do saber científico, pois facilita e democratiza o coñecemento dunha área de saber específica na que o público pode estar interesado (Herrero Aguado, 2003).

Divulgar é elaborar un novo discurso que dalgunha forma transmita de forma accesible o coñecemento científico sobre un tema (García Avilés, 2000: 115). A respecto da divulgación, Calvo Hernando (1992: 105) distingue dous niveis, en función do medio:

- a) *Nivel de comunicación rápida* (radio e televisión): caracterizada pola súa falta de profundidade nos temas tratados, por carecer do rigor necesario e por só pretender atraer a atención do espectador.

b) *Nivel de comunicación mediata* (revistas especializadas, conferencias, seccións especializadas da prensa, etc.), a que presenta maior profundidade no tratamento dos temas.

Fernández del Moral e Esteve Ramírez (1994: 28), propoñen tres niveis de divulgación, en función do receptor da información:

- a) Nivel de *divulgación científica simple* (que se correspondería coa que poñen en práctica os medios de periodicidade diaria): establece a comunicación entre os científicos e o público en xeral.
- b) Nivel de *divulgación intermedia* (programas e publicacións especializadas de periodicidade semanal): a través do que se relaciona a elite científica coa cultura de masas.
- c) Nivel de *divulgación especializada* (monografías e revistas especializadas): co que se establecen as relacións entre a elite científica e a elite cultural.

Convén aclarar, non obstante, que divulgación científica e xornalismo científico non son sinónimos. O xornalismo científico emprega técnicas de divulgación, pero abrangue moitos outros aspectos xa que o seu obxectivo final é o de contextualizar a información. Ademais, a divulgación pode ocultar unha finalidade publicitaria, mentres que o xornalismo actuará sempre ao servizo dos intereses dos lectores.

“El periodismo científico, por tanto, es mucho más complejo que la divulgación científica, pues no solo debe incluir a esta última sino, además, debe referenciarla y contextualizarla” (Elías, 2008: 18).

O Xornalismo Científico pode ser considerado a ponte que permite a comunicación entre Ciencia e Sociedade, unha ciencia cada vez máis hiperespecializada e unha sociedade que descoñece a linguaxe, os conceptos, as técnicas, etc. que se manexan nas distintas ramas da investigación e do coñecemento científico.

Warren Burkett (1956: 39) reflexionou sobre a conveniencia de que os contidos científicos lles sexan trasladados ós públicos legos en base a razóns de diversa índole:

- Pola súa importancia: A ciencia é parte do coñecemento de cultura xeral como a arte, a literatura ou o teatro.
- Por razóns políticas: As consideracións para o financiamento a nivel nacional, estatal e local para a investigación e aplicacións fai necesario que os votantes entendan quen debe facer que, e as posibilidades e limitacións como base para despois decidir.
- Por motivos financeiros: A principal axuda financeira baséase en persoas legas, no financiamento público e privado.

- Para evitar sospeitas: A responsabilidade directa descansa en como amosar de maneira directa e explícita para disipar actitudes antintelectuais sobre este traballo.
- Por intereses compatibles: Os obxectivos de científicos e xornalistas son compatibles no que respecta á exactitude, e a exactitude non precisa ser sacrificada en favor do interese.
- Para tender unha ponte entre dous mundos, superando calquera brecha no entendemento entre as ciencias e as artes.

Así, para Revuelta (2007) ⁴⁴ as funcións da Comunicación Social da Ciencia (e tamén do Periodismo Científico) serían as seguintes:

- Reducir as barreiras provocadas pola división da sociedade entre as dúas culturas (a humanística e a científica).
- Provocar un debate informado.
- Espertar o interese pola Ciencia e a Tecnoloxía.
- Dar a coñecer a propia comunidade científica.
- Adaptarse ás novas demandas.

E ao xornalista especializado en saúde, ¿qué se lle pide?⁴⁵ ¿Cales deben ser as súas funcións? As funcións de informar, interpretar e exercer un control pódense concretar en (Chimeno, 2004):

- Poñer en contacto a sociedade cos recursos técnico-asistenciais existentes , así como coas continxencias puntuais que afectan á rede de servizos día a día.
- Informar dos avances que a actividade sanitaria acada a nivel de técnicas clínicas e cirúrxicas e do diagnóstico e tratamento das diferentes enfermidades.
- Difundir calquera programa destinado a crear unha verdadeira cultura sanitaria, sobre todo en claves de medicina preventiva, educación para a saúde e uso racional dos recursos médico-asistenciais e farmacolóxicos.
- Alertar os poderes públicos sobre as cuestións relacionadas coa saúde comunitaria e que escapan á atención dos responsables políticos.
- Abrir o abano das posibilidades reais que a saúde ten tanto pola súa relación con situacións e prácticas aparentemente alleas (como o deporte, a alimentación, etc.) como co tratamento a algún tipo de medicina alternativa de contrastado rigor científico e eficacia preventiva ou curativa.

⁴⁴ Extraído da participación de Gemma Revuelta no marco do *Foro de Comunicación e Ciencia*, celebrado na Facultade de Ciencias da Comunicación da Universidade de Santiago de Compostela, o 28 e 29 de Setembro de 2007.

⁴⁵ “Los pacientes piden rigor y prudencia a los periodistas”, *El Mundo*, 25/03/2006.

Dende a Asociación Española Contra o Cancro (2006) propúñaselle ós medios o seguinte decálogo de funcións que axudarían a mellorar a calidade da información que publican sobre a saúde:

- Promover o coñecemento social da saúde /enfermidade. Todas as enfermidades deben ter o seu espazo; todas teñen algo que contar.
- Clarificar a información científica para o público en xeral. Interpretar e divulgar a linguaxe científica. Uso axeitado de ilustracións e gráficos.
- Contemplar diferentes puntos de vista para enriquecer a información. Ofrecer información o máis completa posible. Contextualizar ben as informacións para comprender o seu alcance.
- Poñer máis atención ós enfoques en positivo. Incorporar temas de prevención e de tratamento e non só limitarse a dar malas novas.
- Desmontar falsos mitos. Tratamento de conceptos e léxico axeitados.
- Non estigmatizar. Non asociar sempre enfermidades a colectivos concretos ou grupos de risco.
- Evitar caer na espectacularidade. Evitar crear falsas expectativas. Empregar titulares atractivos pero precisos.
- Aportar o punto de vista das persoas afectadas. Acompañar a información do punto de vista das persoas afectadas para facela máis humana e próxima.
- Usar correctamente as fontes de información. Usar fontes de primeira man que teñan unha base fidedigna. Recordar que as asociacións de pacientes son unha fonte de información.
- Tratar a información de maneira continua e realizar un seguimento da mesma.

En 2007, a Asociación Nacional de Informadores en Salud⁴⁶ reflexionaba sobre a necesidade de mellorar a calidade da información sobre saúde que publican os medios facendo fincapé nunha serie de principios, como son⁴⁷: 1. Veracidade (identificación das fontes e contraste das informacións), 2. Obxectividade (diferenciar entre feitos e opinións), 3. Profesionalidade (asegurar a calidade da información, dar un tratamento continuado ós temas), 4. Credibilidade (precaución á hora de dar os datos), 5. Respecto (non buscar efectos dramáticos), 6. Confidencialidade (respetar o *off de record*), 7. Honestidade (a través dunha linguaxe sinxela e comprensible), 8. Independencia (Non manipular a información en beneficio propio ou de terceiros), 9. Autenticidade (Identificación de fontes), 10. Responsabilidade (información que non perxudique a médicos, pacientes,

⁴⁶ <http://www.anisalud.com>

⁴⁷ Ditos principios tomaron forma na chamada *Declaración de Sevilla*, que pode consultarse en: http://74.125.77.132/search?q=cache:ClozqCRB_IgJ:www.anisalud.com/show_annex.html%3Fid%3D32283+III+Congreso+Nacional+de+Periodismo+Sanitario+%2B+%22Declaraci%C3%B3n+de+Sevilla%22&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es [30/06/08]

enfermeiros, científicos inocentes ou menoscabe a súa integridade persoal, evitar as discriminacións, etc.).

Tras analizar a presenza dos temas de medicina e saúde no temario da prensa xeralista galega, perfilábanse unha serie de necesarias melloras no tratamento informativo desta área informativa nos xornais galegos (Costa Sánchez, 2008b):

- Unha actitude proactiva por parte do xornalista, o que lle permitirá propoñer temas que non estean sometidos á axenda institucional do día.
- Un afán divulgador e un tratamento en profundidade da información, co que se buscará ampliar o coñecemento do lector mediante informacións contextualizadas e en profundidade.
- Un maior contraste de fontes, o que reducirá a medicalización e politización do discurso e dará un maior protagonismo a outras voces informativas.
- A eliminación do *amarelismo* tanto na selección de noticias chamativas e anecdóticas, como nos titulares ou no tratamento informativo.

En poucas palabras, o xornalista especializado en saúde debería ser un divulgador dos acontecementos que se produzan nesta área da realidade social, pero un divulgador con espírito crítico, para que a sección de saúde non se quede nunha mera sección de política sanitaria ao servizo dos intereses políticos. Un experto que saiba manexar o código médico. Un xornalista que saiba seleccionar as fontes, consultalas e contrastalas, dialogando con elas en igualdade de condicións.

“Las nuevas sociedades van a necesitar un nuevo tipo de comunicador que sea capaz de valorar, analizar, comprender y explicar lo que está pasando y, dentro de lo posible, lo que puede pasar, especialmente en aquellos campos que, hasta donde puede preverse hoy, serán los escenarios decisivos de la transición a la nueva sociedad: la energía, la biología (y especialmente la genética y la biotecnología), los nuevos materiales y la información. Para cumplir tales objetivos, el nuevo comunicador necesita afán de comprensión, amor a la información y al conocimiento, curiosidad universal y deseo de aprender y de enseñar” (Calvo Hernando, 2000: 127).

Porén, na realidade diaria da profesión, o perfil do xornalista especializado en Ciencia aínda está en proceso de introducirse nas redaccións. Segundo unha investigación levada a cabo recentemente por Revuelta (2006) respecto da presenza de xornalistas especializados en Ciencia nos 57 diarios de maior difusión en España, o 27% declarou non dispoñer de ningún redactor especializado en ciencia, saúde ou tecnoloxía e entre aqueles que contestaron afirmativamente, o número de periodistas especializados variaba normalmente entre 1 e 4, e chegou a 6 nunha ocasión (*La Opinión de Málaga*) e a 10 noutra (en *El Mundo*). Por canto á formación, o 69% dos redactores encargados de

cubrir a información científica, médica e tecnolóxica tiña unha formación de periodismo, o 25% procedía doutras carreiras do ámbito das ciencias sociais e o 6% de ciencias experimentais.

Na Asociación Nacional de Informadores en Saúde (ANIS), que aglutina os profesionais dos medios e dos gabinetes adicados á difusión de información sobre saúde e sanitaria, están inscritas na actualidade unhas 400 persoas. Un 33,5% dos asociados respostaron a unha enquisa enviada dende ANIS para coñecer o perfil do informador en saúde, de onde saíron os seguintes resultados⁴⁸:

- Hai unha maioría de mulleres (67,7%) adicadas a esta actividade.
- A idade media é de 38 anos.
- O 48,5% ten entre 16 e 30 anos de experiencia profesional.
- O 40,8% cobre información dalgún outro campo xornalístico, case sempre sociedade.
- O 98,5% ten formación universitaria e o 44,4%, estudos de posgrao.

O perfil do xornalista da saúde en España que nos debuxan estes datos sería, maioritariamente, o dunha muller de entre trinta e corenta anos, con formación universitaria e estudos de posgrao, con ampla experiencia profesional e que compatibiliza o seu traballo no ámbito da saúde con outros ámbitos adscritos á área de Sociedade.

⁴⁸ Pódese consultar aquí: http://www.anisalud.com/show_annex.html?id=35357 [12/01/09]

5. AS FONTES DA INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE. O HOSPITAL COMO FONTE DE INFORMACIÓN.

5.1. FONTES DE INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE. PROPOSTA DE CLASIFICACIÓN

Os xornalistas que informan en xeral sobre asuntos científicos teñen ao seu dispor unha gran variedade de fontes informativas: Axencias informativas e de colaboracións; Universidades centros de investigación e investigadores; Organismos internacionais, congresos, embaixadas, empresas; Libros e revistas; Bibliotecas e bases de datos.

As fontes da área científica tamén poden clasificarse en regulares (institucións); específicas (universidades, centros de investigación, fundacións, asociacións e, en xeral, entidades, persoas ou equipos dedicados ao quefacer científico); circunstanciais (de carácter temporal, congresos seminarios, simposios, etc.) e documentais (bases de datos, centros de documentación científica, arquivos de prensa, libros e revistas, memorias e teses, boletíns de organizacións científicas, informes, patentes), sen esquecer as novas tecnoloxías da información (Calvo Hernando: 1992, 1997).

Moreno Castro (2004: 245-246) propoñía a seguinte clasificación das fontes de información científica e técnica:

1. Fontes de información de institucións públicas e privadas:
 - a) Os comunicados de prensa e as convocatorias de roldas de prensa.
 - b) Gabinetes de prensa das institucións públicas.
 - c) As universidades e os organismos públicos de investigación.
 - d) Os centros de investigación privados: as empresas.
 - e) As axencias de información especializada: os servizos especializados das axencias de noticias: Reuters Health, EFE saúde.
2. Os investigadores como fonte de información científica.
 - a) Os congresos, os simposios, as xuntanzas, os carteis científicos.
 - b) Documentos persoais.
3. Os organismos non gobernamentais.
 - a) Os organismos non gobernamentais na información científica.
 - b) As asociacións de consumidores e usuarios.

- c) Os colectivos de cidadáns.
- 4. Libros e revistas especializadas.
 - a) O artigo científico.
 - b) Os libros de divulgación científica.
 - c) As revistas científicas especializadas: *Science*, *Nature*, *The Lancet*, *The New England Journal of Medicine*, *The Scientist*.
- 5. Redes e bases de datos.
 - a) O acceso ás comunidades de expertos.
 - b) As bases de datos cos proxectos de investigación.
 - c) Internet como fonte de información científica.

Hoxe en día, a Rede debería constituírse como unha categoría de seu, xa que representa unha fonte fundamental de información científica, a través de buscadores, páxinas web de revistas científicas, bases de datos, etc.

Concretamente, respecto da información sobre saúde e sanidade, Esteve Ramírez e Fernández del Moral (1999) recollían a seguinte clasificación:

- Oficiais: Ministerio de Sanidade e Consumo, Consellerías de Sanidade das CCAA, Insalud, Insero, Organismos internacionais (FAO, OMS, Cruz Roja)
- Privadas. Colexio de médicos, de ATS, centros hospitalarios, centros de investigación, centros farmacéuticos, asociacións de pacientes, etc.
- Publicacións especializadas: españolas e estranxeiras.
- Consulta a expertos.
- Profesionais. Bases de datos e asociacións profesionais do periodismo científico e médico.

Martínez Solana (2003: 35) propoñía na súa tese de doutoramento unha clasificación das fontes, en base ó seu acceso ó temario e ó seu grao de especificidade:

- a) Regulares (institucións)
- b) Específicas (universidades, centros de investigación, fundacións, asociacións e entidades)
- c) Circunstanciais (de carácter temporal: congresos, reunións e seminarios)
- d) Documentais (bases de datos, centros de documentación científica, arquivos de prensa, bibliotecas, libros, revistas, etc.)

Na nosa opinión, existen unha serie de particularidades que converten a área de saúde nun campo informativo especialmente voluminoso respecto do repertorio de fontes informativas⁴⁹:

- 1) En primeiro lugar, a actividade investigadora na ciencia médica é ampla, realizada por numerosos grupos de investigación a nivel mundial, en múltiples disciplinas e subdisciplinas médicas e conta con múltiples plataformas (como as publicacións científicas nacionais e internacionais) para dar a coñecer os resultados das súas investigacións. Tal volume de produción científica deu lugar, ademais, á posta en marcha de diversas bases de datos que lles permiten aos profesionais aglutinar a produción científica médica e realizar consultas polos temas que máis lles interesan. Polo tanto, para comezar, temos:

- Publicacións científico-médicas nacionais e internacionais.

- a) As publicacións internacionais máis destacadas son:

Nome	Entidade editora	Periodicidade	Impact Factor (ISI 2007)
<i>Archives of Internal Medicine</i>	American Medical Association	Quincenal	8.391
<i>British Medical Journal (BMJ)</i>	BMJ Publishing Group Ltd, (Asociación Médica Británica, BMA)	Semanal	9.723
<i>Nature</i>	Nature Publishing Group (Macmillan Publishers Ltd.)	Semanal	28.751
<i>The New England Journal of Medicine</i>	Massachusetts Medical Society	Semanal	52.589
<i>The Journal of American Medical Association (JAMA)</i>	American Medical Association	Semanal	25.547
<i>The Lancet</i>	Grupo Elsevier	Semanal	28.638

Táboa nº 48. Revistas médicas internacionais con maior *impact factor*.
Elaboración propia.

⁴⁹ De Benito, xornalista da área de Saúde de *El País*, recoñecía no I Seminario de Periodismo e Biomedicina (Facultade de Ciencias da Comunicación, Compostela, 10 de Febreiro de 2009) que ao abrir o correo electrónico pola mañá calquera día da semana podía atopar na bandexa de entrada uns trescentos correos electrónicos.

b) As principais publicacións fármaco-médicas españolas, segundo o seu factor de impacto, serían:

Nome	Entidade editora	Periodicidade	Impact Factor (ISI 2007)
<i>Medicina Clínica</i>	Elsevier	Semanal	1.337
<i>Revista Española de Cardiología (REC)</i>	Elsevier	Mensual	2.207
<i>Archivos de Bronconeumología</i>	Elsevier	Mensual	1.563
<i>Aids Reviews</i>	Publicaciones Permanyer	Trimestral	3.71
<i>Revista Española de Enfermedades Digestivas</i>	Grupo Arán Ed.	Mensual	1.09
<i>Drug News & Perspectives</i>	Prous Science	Mensual	2.72
<i>Drugs of Today</i>	Prous Science	Mensual	1.25

Táboa nº 49. Revistas médicas e farmacolóxicas nacionais con maior factor de impacto. Elaboración propia.

c) Bases de datos⁵⁰, que poden ser de dous grandes tipos:

c.1. De investigacións orixinais:

c.1.1. *Medline*: Principal base de datos da National Library of Medicine (NLM) de EE.UU. Contén máis de 15 millóns de artigos que proveñen dunhas 4800 revistas publicadas en Estados Unidos e noutros 70 países máis. O 86% dos rexistros son de lingua inglesa. Os rexistros datan dende 1966.

c.1.2. *Embase*: Considerada a segunda gran base de datos bibliográfica. Con respecto a *Medline* posúe unha maior porcentaxe de publicacións de orixe europea e asiática, así como máis contidos de farmacoloxía, psiquiatría e medicina alternativa. Inclúe datos desde 1974.

c.1.3. *Lilacs*: Producida por BIREME, abrangue gran parte da literatura publicada na zona a partir de 1982, extraída de arredor de 670 revistas, e con máis de 150.000 rexistros e outros documentos. Os documentos están escritos en español e en portugués.

⁵⁰ As revistas indexadas nas principais bases de datos supoñen do 15 ao 20% das publicacións médicas periódicas, sendo especialmente non indexadas as de países en vías de desenvolvemento. A isto debemos engadir o sesgo idiomático que afecta ás bases de datos. A maioría das bases de datos bibliográficas conteñen menos da metade da literatura mundial e presentan unha clara desviación cara as publicacións en lingua inglesa.

c.1.4. *Cochrane Controlled Trials Register* (CCTR): Forma parte da Cochrane Library, é a base principal de ensaios clínicos controlados.

c.2. Bases de datos secundarias, que conteñen sobre todo guías de práctica clínica, revisións sistemáticas e outros tipos de publicacións secundarias:

c.2.1. *Cochrane Library*: Conxunto de bases de datos da Colaboración Cochrane, organización de ámbito mundial que ten como propósito realizar revisións sistemáticas sobre a efectividade das intervencións terapéuticas, preventivas e rehabilitadoras en todas as especialidades médicas.

C2.2. *Centre for Reviews and Dissemination*: Dependente do sistema sanitario británico. Permítenos o acceso individualizado a varias bases de datos de revisións sistemáticas.

2) En segundo lugar, as fontes organizadas do eido sanitario tamén son numerosas. As fontes organizadas que realizan unha política de comunicación continua cos medios son:

- Ministerio de Sanidade; departamentos autonómicos de sanidade cos seus órganos territoriais; Hospitais; Atención Primaria; Centros e institutos de investigación.
- Sociedades Científicas:
 - Estatais: Sociedade Española de Cardiología, Sociedade Española de Neuroloxía, etc.
 - Autonómicas: Sociedade Galega de Uroloxía, Sociedade Galega de O.R.L., Sociedade Galega de Medicina Interna, etc.
- Colexios Profesionais: de médicos, de enfermería, de fisioterapeutas, etc.
- Universidades e grupos de investigación.
- Asociacións de Pacientes, estatais e autonómicas, constituídas como tales.
- Outras asociacións: Asociacións para a Defensa da Sanidade Pública, Asociacións de afectados por erros médicos e negligencias, etc.
- Empresas: Laboratorios farmacéuticos, empresas do sector da alimentación, etc.

3) En terceiro lugar, as fontes derivadas de acontecementos puntuais, que neste campo, resultan ser bastante numerosos:

- Congresos científicos.
- Xornadas.
- Cursos.

4) En cuarto lugar, as axencias xerais ou especializadas en saúde (Europa Press - Salud; Reuters Health⁵¹, etc.)

⁵¹ <http://www.reutershealth.com/en/index.html>

- 5) As fontes individuais son numerosas posto que o colectivo de profesionais sanitarios tamén o é: investigadores, médicos xeralistas, facultativos especialistas de área, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacéuticos, etc.
- 6) Internet como fonte de información sobre saúde.

Segundo os datos do Informe Quiral 2007, que somete a estudo as informacións deste ámbito publicadas en *ABC*, *El Mundo*, *El País*, *El Periódico de Catalunya* e *La Vanguardia*, as voces individuais (a categoría de persoas) constitúen un 63% das fontes, un 21% as institucións, 14% as publicacións e 2% as axencias de prensa. Non obstante, as categorías de clasificación de fontes do Informe Quiral (Persoas, Institucións, Publicacións e Axencias de Prensa) non son as máis axeitadas tendo en conta que as categorizadas como voces persoais –persoas- non se expresan a “título persoal” senón que falan no nome dunha determinada institución.

Aínda así, hai un dato que resulta revelador. As cinco fontes máis citadas polos periódicos analizados foron, en datos do Informe Quiral 2007, as seguintes:

- Marina Geli, Conselleira de Sanidade da Generalitat.
- Elena Salgado, Ministra de Sanidade e Consumo.
- Bernat Soria, Ministro de Sanidade e Consumo.
- Pat McQuaid, Presidente da Unión Ciclista Internacional (UCI).
- María Jesús Montero, Conselleira de Sanidade da Comunidade de Andalucía.

En 2006, o ránking de fontes máis citadas mantiña a preponderancia das fontes gobernamentais estando configurado por:

- Elena Salgado, Ministra de Sanidade.
- Marina Geli, Conselleira de Sanidade da Generalitat.
- Patricio Martínez, secretario xeral do sindicato Metges de Catalunya.
- Antoni Plasencia, Director General de Salud Pública de la Generalitat.
- Markos Kyprianov, Comisario de Sanidad de la Unión Europea.

Esta tendencia mantense constante nos distintos balances anuais que fai o Informe.

Fontes máis citadas polos medios analizados (2002-2007)					
2002	2003	2004	2005	2006	2007
Eduard Rius (Consellería)	Ana Pastor (Ministerio)	Elena Salgado (Ministerio)	Elena Salgado (Ministerio)	Elena Salgado (Ministerio)	Marina Geli, (Consellería)
Ana Pastor (Ministerio)	Xavier Pomés (Consellería)	Marina Geli, (Consellería)	Marina Geli, (Consellería)	Marina Geli, (Consellería)	Elena Salgado (Ministerio)
Celia Villalobos (Ministerio)	David Heyman (OMS)	Ana Pastor (Ministerio)	Manuel Lamela (Consellería)	Patricio Martínez, (Sindicato)	Bernat Soria (Ministerio)
Luis Salleras (Consellería)	Go Harlem Brundtland (OMS)	Antoni Plasencia (Consellería)	Antoni Plasencia (Consellería)	Antoni Plasencia (Consellería)	Patt McQuaid (UCI)
Joan Colom (Consellería)	J. M. Martín Moreno (Ministerio)	Bernat Soria (Universidade)	Markos Kyprianov, (UE)	Markos Kyprianov, (UE)	Mª Jesús Montero (Consellería)

Táboa nº 50. Ránking de fontes máis citadas por ano (2002-2007)
 Fonte: Informes Quiral 2002-2007. Elaboración propia.

Isto permítenos deducir que as fontes con maior presenza nos temarios das cabeceiras xeralistas máis destacadas en España son as fontes oficiais ou político-administrativas da área de Sanidade. Polo tanto, a tendencia xeral que fala da preponderancia das fontes institucionais e do seu peso no temario (Túñez, 1999), cúmprese igualmente na área de Saúde e Sanidade.

Respecto dos hospitais como fonte de información, no Informe Quiral do ano 2000, facíase referencia ó bo manexo das relacións públicas por parte de hospitais e universidades para conseguir saír nos medios, o que convertía a ambas entidades nunha das fontes máis citadas do ano.

“En general, las instituciones que aparecen más a menudo mencionadas como fuente de información no son sólo aquellas en las que se hace buena investigación o tienen un panel de expertos de excelencia, son también aquellas que han sabido crear unas buenas relaciones con los medios de comunicación. El papel de los gabinetes de comunicación de hospitales y universidades es cada vez más importante y prueba de ello es que muchas instituciones han creado este tipo de servicio si no lo tenían o bien han potenciado el existente”
(Informe Quiral 2000).

Así, no Informe Quiral 2001, os hospitais son, por detrás da Administración, a institución máis citada como fonte, por diante de Universidades, Centros de investigación, Asociacións Profesionais e Empresas e Laboratorios farmacéuticos. Esa posición vana ocupar até a actualidade, consolidándose como segunda fonte institucional con presenza informativa.

Na práctica do xornalismo especializado, porén, as fontes oficiais son consideradas como “pouco áxiles, pouco resolutivas, pouco transparentes a veces, condicionadas por factores políticos e económicos e non demasiado útiles”, fronte ás revistas especializadas, a prensa estranxeira e as axencias, estimadas “útiles” polo seu rigor⁵².

As fontes dos xornalismo especializado adoitan ser:

1) Libros, revistas e publicacións médicas nacionais e internacionais⁵³.

a) Das revistas internacionais, as máis prestixiadas do ámbito médico son, como xa vimos: *The Journal of American Medical Association (JAMA)*, *British Medical Journal (BMJ)*, *Nature*, *The Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *Archives of Internal Medicine*.

Moitas destas publicacións realizan o envío dun comunicado de prensa a unha gran cantidade de medios de comunicación unha semana antes de que o seu seguinte número saia á luz co compromiso de que sexa embargado até que estea publicado. Neste comunicado, inclúese información estensa e redactada nunha linguaxe xornalística do artigo principal da revista, así como resumos dos restantes artigos que van saír publicados. Engádesse o nome, teléfono de contacto e enderezo electrónico do investigador principal do estudo publicado, así como dalgúns dos comentaristas da revista.

Nunha investigación levada a cabo por De Semir et al. (1998), demostrase que os artigos recollidos nestes comunicados de prensa son os que en maior proporción aparecen posteriormente publicados nas páxinas dos xornais de referencia, existindo asimesmo relación entre a orde da noticia no *press release* e o número de noticias publicadas sobre esa temática⁵⁴.

⁵² Ponencia de Alejandra Rodríguez, redactora do suplemento *Salud de El Mundo* no marco do IX Curso de Especialización en Información de la Salud, organizado por Anis (Asociación Nacional de Informadores en Salud) na Asociación de Prensa de Madrid, entre febreiro e maio de 2005

⁵³ O suplemento mensual sobre saúde de *El País* inclúe entre as súas seccións unha adicada en exclusiva ás aportacións de artigos científicos de revistas estranxeiras e nacionais baixo o título de “Revista de revistas”.

⁵⁴ Estudáronse os *press releases* de *BMJ*, *Nature*, *Science* e *The Lancet* e as noticias publicadas en cabeceiras de distintos países: Francia (*Le Monde*, *Le Figaro*); Italia (*La Repubblica*); Estados Unidos (*New York Times*; *The Washington Post*); España (*El País*, *La Vanguardia*); e o *Internacional Herald Tribune*, durante un período de tres meses.

Segundo recolle Elías (2008), no caso de *Nature*, a nota de prensa envíase a máis de 4.000 contactos internacionais, o que garante unha divulgación nos periódicos, radios e televisións máis importantes do mundo.

A semana de antelación coa que se envía permitiríalles aos xornalistas documentarse, contextualizar a información e ser rigorosos na elaboración do texto informativo.

Non obstante, a rigorosidade que se lle presupón ás revistas médicas de referencia quedou en entredito cando saltou a noticia⁵⁵ de que os responsables de *New England Journal of Medicine* recoñecían que 19 artigos científicos publicados estaban escritos por investigadores que pertencían a determinados laboratorios farmacéuticos, pero que o ocultaran. Os científicos autores dos artigos eloxiaban as propiedades de determinados fármacos respecto doutros, en función do financiamento percibido. Entre os laboratorios “implicados” atopábanse: Roche, Glaxo Wellcome, Pfizer, Procter and Gamble, Bristol-Myers Squibb, Merk & Co, Wyeth-Ayerst.

Todos aqueles medios que se fixeran eco de ditos traballos publicados en *New England Journal of Medicine* estarían, polo tanto, participando na difusión da publicidade encuberta de determinados fármacos e de determinadas casas farmacéuticas.

b) Das revistas nacionais, as máis citadas son: *Medicina Clínica*, *Gaceta Sanitaria* e *Revista Española de Cardiología (REC)*⁵⁶.

- 2) Asociacións profesionais do ámbito sanitario (colexio de médicos, de farmacéuticos, de fisioterapeutas, etc.).
- 3) Congresos e reunións científicas a nivel internacional, nacional e autonómico.
- 4) Estudos realizados por diversas entidades, públicas e privadas.
- 5) Médicos de Atención Primaria e especialistas de hospitais e clínicas públicos e privados. Moitas veces, os xornalistas recorren aos expertos nacionais (ex. xefes de servizo de hospitais españois) para que valoren ou expresen a súa opinión acerca dunha información publicada nunha das revistas médicas internacionais de referencia.
- 6) Asociacións de pacientes e pacientes.

⁵⁵ *El País*, 25/02/2000, p. 44: “Una gran revista médica pide perdón por evaluar fármacos con expertos pagados por sus fabricantes”.

⁵⁶ Nunha revisión realizada pola autora dos suplementos de saúde de *El Mundo* e *El País* dos meses de decembro de 2008 a marzo de 2009.

5.2. RELACIÓN FONTES-XORNALISTAS NA ÁREA DA SAÚDE

Respecto da relación entre as fontes expertas (médicos e investigadores) e os xornalistas, esta adoce polo xeral da falta de entendemento derivada das diferentes dinámicas de traballo duns e doutros que xa coñecemos. A consecuencia é que as fontes do ámbito médico (investigadores, sanitarios...) son acusadas de hermetismo e os xornalistas, pola súa banda, de descoidados e pouco rigorosos nas súas informacións.

En opinión de González Borjas (2004), o Xornalismo e a Medicina son dúas disciplinas descoñecidas entre si e até fai non moito tempo, os profesionais sanitarios só mostraban interese polas publicacións científicas, mentres que os medios de comunicación de masas, pola súa banda, só se achegaban aos centros sanitarios maioritariamente por temas negativos e de gran sensacionalismo que os convertían en noticia de tarde en tarde.

Ese descoñecemento mutuo é o que aínda conduce a que as fontes científicas, acostumadas a publicar os seus artigos nas revistas do seu ámbito de investigación, pretendan que se aplique o mesmo procedemento cando se trata de elaborar unha noticia para os medios, de maneira que se atopan con que (Dunwoody, 1986):

- Non poden exercer o mesmo control que teñen sobre un artigo científico sobre unha noticia publicada nos medios, cuxa autoría corresponde ao xornalista.
- Mentres que o proceso de publicación das revistas científicas alóngase durante varios meses, de modo que teñen sobrado tempo para corrixir os manuscritos ou solicitar a opinión dos compañeiros, no caso do proceso de produción dos *media*, o produto final conséguese en cuestión de horas ou, como moito, de días ou semanas, pero dificilmente de meses.
- As noticias son máis curtas, conteñen menos información e esta está organizada de modo distinto. Nas noticias comézase polos resultados, nos artigos científicos, primeiro van as hipóteses, logo a metodoloxía e finalmente as conclusións.

En base a isto, os científicos, quéixanse da información dos medios, considerándoa descoidada, sensacionalista, sesgada e que fomenta actitudes en contra da ciencia. Os periodistas apuntan as súas queixas cara ás fontes de información, é dicir, os científicos e as institucións ás que pertencen. Así, a prensa non consinte unha ciencia sen respostas contundentes e definitivas, algo inherente á propia investigación científica, polo que periodistas e directores dos medios sospeitan que os

científicos que afirman descoñecer algo, en realidade tratan de reservarse información, gardar segredos ou desorientalos con evasivas (Nelkin, 1990).

Respecto da relación entre as fontes do ámbito médico e os xornalistas, as discrepancias tamén veñen dadas por tres aspectos (Nelkin, 1997):

- A interpretación dos temas que entrañan interese xornalístico. Os medios vense moito máis atraídos polos problemas e as controversias, que pola ciencia rutineira.
- O estilo na divulgación. as limitacións dos medios, é dicir, tempo, concisión e sinxeleza, impiden a documentación coidadosa, os matices e reservas que os científicos consideran necesarias. Ademais, a lexibilidade a ollos dun xornalista pode representar unha simplificación para un científico.
- A visión do papel que xogan os medios de comunicación. Mentres os científicos ven nos medios unha canle para dar a coñecer os logros da medicina, os xornalistas priorizan o seu papel crítico respecto da ciencia.

Dito ambiente de desencontros entre as fontes expertas dos ámbitos científicos e os xornalistas vense influenciados polo manexo de dous códigos distintos. Os médicos non se conforman coa linguaxe xeralista, común, pouco técnica e, nesa medida, chea de equívocos que empregan os xornalistas (Kuscinsky, 2002).

Por todos estes factores, aínda que precisan entenderse, a relación entre a comunidade científica e o xornalismo é tirante:

“al mismo tiempo que la comunidad científica y el periodismo dependen mutuamente y ambos están preocupados con la mejora de la información pública, su relación es tirante” (Nelkin, 1990: 24).

Ante este panorama, imponse a necesidade da colaboración entre médicos e xornalistas para conseguir proporcionarles ás audiencias unha información sobre saúde de maior calidade.

“Medical scientists alone cannot correct the deficiencies of medical news coverage, but neither can journalists. In many areas of health news reporting, the underlying problem is an interactive dynamic to which both parties contribute” (Schuchman, Wilkes, 1997: 976)

Tamén sería necesario, comenta Wilkie (1997) en referencia aos escándalos e a sombra de dúbida que xurdiron respecto das publicacións médicas, que se a ciencia desexa manter a súa imaxe de imparcialidade, manteña fontes imparciais de información á opinión pública, é dicir, se preocupe de que as publicacións científicas manteñan un sistema rigoroso e fiable á hora de seleccionar os artigos que serán publicados.

Por outra banda, se as revistas médicas manteñen a norma Ingelfinger⁵⁷, están a promover que os investigadores médicos prioricen a publicación dos seus traballos en revistas médicas (de maior prestixio entre a profesión e con maior recoñecemento académico), antes que darlles a coñecer os resultados dos seus estudos aos medios de comunicación xeralistas e á sociedade. Neste sentido, estase retrasando (debido ao longo proceso de revisión e edición dos artigos que se envían ás revistas médicas) a publicación de resultados que poden ser de interese para outros profesionais sanitarios, para pacientes, para axentes políticos, para lexisladores e para a sociedade en xeral, en nome dun recoñecemento e dunha validación científica dos resultados que, nalgúns casos, tense demostrado como aparente, mais non real.

Segundo Altman (1997), tendo en conta que a maior parte do material que se publica neste tipo de revistas é o froito de investigacións financiadas con diñeiro público, calquera norma que interfira coa libre circulación da información debe favorecer ao ben público. Calquera norma que cause un forte impacto sobre a medicina e a sociedade require un exame minucioso, polo que propón que se realicen análises independentes para comprobar que a norma Ingelfinger mellora e garante, como afirman os seus defensores, a calidade do material publicado polas revistas.

Ademais, a consecuencia disto, estase contribuíndo a fomentar a imaxe de hermetismo e opacidade do sector médico, así como dificultando a relación entre investigadores e xornalistas, xa que os primeiros procurarán gardar silencio ou dar explicacións xerais, pouco concretas, para non empañar o proceso de publicación do seu traballo nunha revista médica.

Neste entramado de pezas que constitúe o ámbito médico e sanitario, o papel dos departamentos de comunicación como mediadores entre as fontes (hospitais, universidades, investigadores...) e os medios de comunicación pode axudar en gran medida a que melloren as relacións entre médicos/investigadores e xornalistas nunha triple vertente:

- Potenciando a apertura, a fluidez e a transparencia da institución cara ao exterior.
- Favorecendo e apostando pola publicación das investigacións que se desenvolven no marco hospitalario.
- Axudando na mellora da calidade informativa.

⁵⁷ Gastroenterólogo, investigador, profesor de medicina e editor de *New England Journal of Medicine*, que en 1967 establece como norma de publicación de artigos, que estes non foran publicados parcial ou totalmente en ningunha outra publicación. É o que se coñece como norma *Ingelfinger*. Posteriormente, numerosas publicacións médicas adoptaron esta regra, interpretándoa e aplicándoa de moi diversas formas.

Para elo, o departamento de comunicación debería actuar a modo de visagra e non de muro que impida o acceso dos xornalistas. Contribuír á calidade das informacións sobre saúde dende un exercizo responsable das Relacións Públicas, que no caso dun gabinete dunha institución científica implica:

- Seleccionar temas que interesen aos medios e á sociedade.
- Facilitar o acceso ás fontes e o trato coas mesmas.
- Axudar a facer intelixible a linguaxe que empregan os científicos.
- Proporcionarlles ós xornalistas a documentación que lle permita contextualizar e ampliar a información.
- Aclarar as dúbidas que os xornalistas lles plantexen.
- Respectar e ter presente o seu tempo de traballo (diario, semanal, etc. en función da periodicidade do medio) de maneira que a información requirida lles chegue en tempo e en forma.

6. BIBLIOGRAFÍA E FONTES CONSULTADAS NA ELABORACIÓN DO CAPÍTULO

Alcalay, R. (1999): “La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5 (3), páxs. 192-196.

Altman, L. K. (1997): “La norma Ingelfinger, los embargos y la revisión especializada de artículos (partes 1 y 2)”, en VV.AA., *Medicina y medios de comunicación*, Ed. Doyma, Barcelona, páxs. 71-96.
Disponible en
http://www.esteve.org/FEsteve/content/capitulos/EM-21/archivos/21La_norma.pdf [20/02/07]

Asociación Nacional de Informadores en Salud (2007): “Declaración de Sevilla”, II Congreso Nacional de Periodismo Sanitario, Sevilla, Outubro de 2007.

Asociación Española Contra el Cáncer (2006): *Guía de estilo. Salud y medios de comunicación. El cáncer*, AECC. Disponible en
http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/4B1E8954-2B71-4705-8D6D-40B65C257D17/0/Salud_y_medios_C%C3%A1ncer.pdf [02/09/2007]

Atkin, Ch. e Arkin, E. B. (1990): “Issues and initiatives in Communicating Health Information”, en
Atkin, Ch./ Wallack, L. (ed.): *Mass communication and public health*, California, Sage Publications, páxs. 13-40.

Atkin, Ch./ Wallack, L. (ed.) (1990): *Mass communication and public health*, California, Sage Publications.

Banegas Banegas, J. R. e Tormo, M. J. (2001): “Mejorar la comunicación de riesgos en salud pública: sin tiempo para demoras” en *Revista Española de Salud Pública*, en-feb, vol. 75, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, páxs. 07-10.

Belenguer Jané, M. (2003): “Información y divulgación científica: dos conceptos paralelos y complementarios en el periodismo científico”, *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 9, páxs. 43-53.

Blanco Coronado, J. (2006): “Internet y salud”, en De Quiroga, S. (coord.): *Comunicar es salud*, Madrid, Prentice Hall, páxs. 141-161.

Bocco, E. (1998): “Comunicar para la salud”. *Revista Latina de Comunicación Social*, 2. Disponible en: <http://www.ull.es/publicaciones/latina/z8/i2b.htm> [09/01/08]

Calvo Hernando, M.:

(1992) *Periodismo científico*, Madrid, Ed. Paraninfo.

(1997) *Manual de periodismo científico*, Barcelona, Bosch Comunicación.

(2000): “Equilibrio entre ciencia y comunicación”, en VV.AA., *Divulgar la ciencia. Actas de las XIV Jornadas Internacionales de la Comunicación*, Pamplona, Ed. Eunote, páxs. 123-129.

Car, J. E Sheikh, A. (2004): “E-mail consultations in health care: 1-scope and effectiveness; 2-acceptability and safe application” en *British Medical Journal*, 329, páxs. 435-442.

Casino, G. (2003): “La información de la salud en los diarios de información general”, en Catalán, J.M./ López Iglesias, J.: *¡Infórmate en salud! Los medios de comunicación y la información sanitaria*, Madrid, Ed. Encida.

Cassata (1980): “Health Communication Theory and Research: A definitional overview”, en *AMA: Communication Yearbook*, 4, páxs. 583- 589.

Chimeno Rabanillo, S.

(1992) *La información en el ámbito sanitario*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

(1994) “Desconexión periodistas – audiencias en temas sanitarios”, en Pedro Orive Riva (Comp/Ed.), *Comunicación Sanitaria*, Madrid, Ed. Dossat 2000.

(2004) “Información sobre salud, sanidad y medicina”, en Fernández del Moral (coord.), *Periodismo especializado*, Ariel Comunicación.

Cockerham, W. C. (2001): *Sociología de la medicina*, Madrid, Pearson Educación.

Coe, Gloria A. (1998): “Comunicación y promoción de la salud”, en Chasqui, nº 63. Disponible en: <http://chasqui.comunica.org/coe.htm> [20/05/08]

Colombo, F. (1997): *Últimas noticias sobre el periodismo: manual de periodismo internacional*, Barcelona, Anagrama.

Combs, B. E Slovic, P. (1979): “Newspaper coverage of causes of death” en *Journalism Quarterly*, 56, nº 4, páxs. 837-843.

Cohn, V. (2001): *News and numbers: a guide to reporting statistical claims and controversies in health and other fields*, Ames , Iowa State University Press.

Costa Sánchez, C.

(2008a): “The Hospital in daily Press. The image of galician hospital sector in the autonomous daily press”, comunicación presentada en 2nd European Communication Conference, ECREA, Barcelona. Disponible en:

http://www.ecrea2008barcelona.org/guide/abstract.asp?id_callfor=1014&id_seccion=10&id_subseccio=90

(2008b): “Medicina y salud en la prensa. Las noticias de salud en los principales diarios de Galicia”, en *Revista Latina de Comunicación Social*, 63, Tenerife, Universidad de La Laguna. Disponible en:

http://www.ull.es/publicaciones/latina/2008/03/Costa_Sanchez.html “

Costello, D. E. (1977): “Health Communication Theory and Research. An Overview”, en *Communication Yearbook*, 1, páxs. 557-567.

Couchman et al. (2001): “E-mail communication in Family Practice: What do patients expect?” en *Journal of Family Practice*, 50, páxs. 414-418.

Cuesta, U.; Ugarte, A.; Menéndez, T.

(2006): *Comunicación social y salud. Una introducción*, Madrid, Edipo.

(2008): *Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención*, Madrid, Complutense.

De Miguel, J. (1985): *La salud pública del futuro*, Barcelona, Ariel.

De Semir, V.

(2000): “Periodistas científicos o periodistas acróbatas“, en VV.AA., *Divulgar la ciencia. Actas de las XIV Jornadas Internacionales de la Comunicación*, Pamplona, Ed. Eunate, páxs. 99-112.

-----, Ribas, C.; Revuelta, G. (1998): “Press Releases of Science Journal Articles and Subsequent Newspaper Stories on the same topic”, en *Journal of American Medical Association*, 280, 3, páxs. 294-295. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/280/3/294> [10/02/08]

Díaz, Joseph A. et al. (2002): “Patients’ Use of the Internet for Medical Information”, en *Journal of General Internal Medicine*, 17, páxs. 180-185.

Dunwoody, S. (1986): “The scientist as source”, en Friedman, S.; Dunwoody, S.; Rogers, C. L. : *Scientists and Journalists. Reporting science as news*, American Association for the Advancement of Science, New York.

Elías, C.

(2008): *Fundamentos de periodismo científico y divulgación mediática*, Madrid, Alianza Editorial.

(2003): “Los suplementos especializados como guetos de noticias en la prensa generalista: el caso de los científicos y sanitarios”, *Ámbitos*, nº especial 9-10, páxs. 171-186.

Esteve Ramírez, F. e Fernández del Moral, J. (1999): *Áreas de especialización periodística*, Madrid, Ed. Fragua.

Eysenbach, G; Powell, J; Kuss, O, Sa, E (2002): “Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide. A systematic review” en *Journal of American Association*, 287, páxs. 2691-2700.

Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/280/3/294> [15/03/08]

Fernández Del Moral, Javier (coord.) (2007): *El análisis de la información televisiva. Hacia una medida de la calidad periodística*. Madrid, Cie Dossat.

Fernández Muerza, A. (2005): “La información científica en la prensa de referencia: el caso español a partir de un análisis comparativo”, ZER, nº 19, páxs. 205-232.

Fernández Sanz, J. J.

(2007): *Prensa especializada actual: doce calas*, Madrid, McGraw-Hill.

(2001): *De prensa médica*, Madrid, Fundación Instituto de Homeopatía y Hospital de San José.

Fundació Grifols i Lucas (2004): “Los fines de la medicina”, Cuadernos de la Fundació Grifols i Lucas nº 11. Disponible en:

<http://www.fundaciogrifols.org/esp/publicaciones/cuadernos.asp?id=36> [02/02/2007]

Fundació Vila Casas: *Informes Quiral 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007*.

Disponibles en <http://www.fundaciovilacasas.com> [20/04/2008]

Galtung, J. e Ruge, M. Holmboe (1965): “The Structure of Foreign News. The Presentation of the Congo, Cuba and Cyprus Crises in Four Norwegian Newspapers”, *Journal of Peace Research*, vol. 2, páxs. 64-91.

García Avilés, J. A. (2000): “Limitaciones y retos en la divulgación de la ciencia en los informativos de televisión”, en VV.AA, *Divulgar la ciencia. Actas de las XIV Jornadas Intenacionales de Comunicación*, Pamplona, Eunate, páxs. 113-122.

González Borjas, A., 2004. “Salud, información periodística especializada en alza”, *Ámbitos*, 11-12, páxs. 301-310.

Gutiérrez, M.

(2006): “Radio, salud y mujer: el caso español”, en Documentos del Observatorio de Comunicación y Salud, INCOM, UAB. Disponible en:

http://www.portalcomunicacio.com/ocs/esp/mon_det2.asp?id_document_seccio=31&id_documento=5 [10/09/08]

----- e Huertas, A. (2005): “Presència i tractament del contingut sobre la salut en la programació de la ràdio generalista”, Consell de l'Audiovisual de Catalunya. Disponible en:

http://www.cac.cat/pfw_files/cma/recerca/estudis_recerca/radioisalat.pdf [10/01/09]

Hernández Aguado, I.; Lumbreras Lacarra, B., de la Hera García, M. (2005): “Concepto y funciones de la salud pública”, en Hernández Aguado, I.; Gil de Miguel, A.; Delgado Rodríguez, M.; Bolumar Montrull, F. (coord.), *Manual de epidemiología y salud pública*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, páxs. 7-13.

Herrero Aguado, C. (2003): “Información y Salud. Bases para un periodismo cívico”, en *Técnicas, procesos y ámbitos del periodismo especializado*, Sevilla, Serie Comunicación, Padilla Libros Editores.

Hornik, Robert C. (2002): *Public health communication. Evidence for behaviour change*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

Jiménez Pernet, J.; García Gutiérrez, J. F.; Martín Jiménez, J. L.; Bermúdez Tamayo, C. (2007): “Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud”, en *UOC Papers*, Monográfico: Intervención en salud en la Red, N° 4, páxs. 44-50.

Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/jimenez.pdf> [20/02/2008]

Jover Ibarra, J. (2006): “Salud pública y servicios de salud pública”, en Frutos García, J.; Royo, M. A., *Salud pública y epidemiología*, Madrid, Díaz de Santos, páxs. 1-33.

Kreps, G. L.

(2000): “The evolution and advancement of Health Communication Inquiry”, en *Communication Yearbook*, 24, páxs. 231-253.

---; Bonaguro, E.W.; Query, J.L. (1998): “The history of development of the field of health communication” en Jackson, L. D.; Duffy, B. K.: *Health Communication Research: Guide to Developments and Directions*, Westport, Greenwood Press, páxs. 1-15.

(1989): “Setting the agenda for Health Communication Research and Development: Scholarship that can make a difference”, en *Health Communication*, 1:1, páxs. 11-15.

Kuscinsky, B. (2002): “Jornalismo e saúde na era neoliberal” en *Saúde e Sociedade*, v.11, n° 1. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/10.pdf> [15/03/07]

Lemus, Jorge Daniel (2001): *Salud Pública. Marco Conceptual e instrumentos operativos*, Buenos Aires, C.I.D.E.

León, B. (2004): “Ciencia y tecnología en las televisiones europeas. Un estudio de los informativos de *prime time*”, en *Quark*, 34, páxs. 74-80.

Llano, R. (2008): *La especialización periodística*, Madrid, Ed. Tecnos.

Luján, J. L. (2002): “La información científica y el debate político contemporáneo”, en *Comunicar*, 19, páxs. 25-28.

Lupiáñez-Villanueva, F. (2009): *Internet, salud y sociedad: Análisis de los usos de Internet relacionados con la salud en Cataluña*, Tesis Doctoral, UOC.

Marset Campos, Sáez Gómez: “La evolución histórica de la Salud Pública” en Martínez Navarro, F. et al (1999): *Salud Pública*, McGraw-Hill Interamericana.

Martín Algarra, M. (1997): “Las campañas de comunicación pública. La comunicación y salud como campo de estudio”, en *Comunicación y Sociedad X*, núm. 1, Pamplona, EUNSA.

Martínez Hernández, J. (2003): *Nociones de salud pública*, Madrid, Díaz de Santos.

Martínez Nicolás, M. (1994) *La construcción de la crisis del SIDA en la información periodística*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

Martínez Solana, Y.

(2006): “El periodista de la salud del siglo XXI”, en De Quiroga, S. (coord.): *Comunicar es salud*, Madrid, Prentice Hall, páxs. 99-112.

(2003): *Propuesta de un modelo responsable de información sanitaria: estudio del caso de la Encefalopatía Espongiforme Bovina (EBB o “mal de las vacas locas”)*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

Mayer Pujadas, M. A. e Leis Machín, A. (2006): “El correo electrónico en la relación médico-paciente: uso y recomendaciones generales”, en *Atención primaria*, 37 (7), páxs. 413-417.

Mechanic, D.(1995): “Sociological dimensions of illness behavior”, *Social Science and Medicine*, 41, páxs. 1207-1216.

Menéndez Hevia, T. (2006): “Psicología social de la salud: aproximación teórica a modelos de prevención y promoción de la salud”, en Cuesta, U.; Ugarte, A.; Menéndez, T. : *Comunicación social y salud. Una introducción*, Madrid, Edipo

Meneu de Guillerna, R. (2004): “Fuentes de información para usuarios y pacientes”, en *Humanitas, Humanidades Médicas*, 3, páxs. 127-137.

Ministerio De Educación, FECYT, CIS

(2008): Cuarta Encuesta Nacional sobre la Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología.

Disponible en <http://www.fecyt.es/fecyt/docs/tmp/-1406741440.ppt> [10/04/09]

(2006): Tercera Encuesta Nacional sobre la Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología.

Disponible en: <http://www.fecyt.es/fecyt/docs/tmp/345032001.pdf> [09/01/08]

Monés-Xiol, J. (2004): “Nuevos medios de comunicación y la práctica médica”, en *Revista de Calidad Asistencial*, 19(4), páxs. 274-279.

Moreno Castro, C. (2004):

“La información científico-técnica” en Fernández del Moral, J. (coord.): *Periodismo Especializado*, Barcelona, Ed. Ariel Comunicación, páxs. 239-261.

----- e Gómez J.L. (2002): “Ciencia y tecnología en la formación de los futuros comunicadores”, *Comunicar*, 19, 2002, páxs. 19-24.

Nelkin, D.

(1997): “Una relación difícil: las tensiones entre la medicina y los medios de comunicación”, en VV.AA., *Medicina y medios de comunicación*, Ed. Doyma, Barcelona, páxs. 113-120. Disponible en:

http://www.esteve.org/FEsteve/content/capitulos/EM-21/archivos/21Una_relacion_dificil.pdf
[12/02/09]

(1990): *La ciencia en el escaparate*, Madrid, Fundesco.

Ordoñana Marín, J. R.; Gómez Amor, J., Galván Olivares, F. (2000): “El uso del miedo en los mensajes de salud” en *Gaceta Sanitaria*, Vol. 14, Supl. 3, páxs. 45-59.

Orive Riva, P. (ed.) (1994): *Comunicación sanitaria*, Madrid, Dossat 2000.

Piédrola Gil, G. (2002): *Medicina preventiva y salud pública*, Barcelona, Masson.

Quesada Pérez, Montserrat (1998) *Periodismo especializado*, Madrid, Ediciones Internacionales Universitarias.

Revuelta, G. (2006): “Salud y medios de comunicación en España”, en *Gaceta Sanitaria*, nº 20, Supl. 1, páxs. 203-208.

Rico Jerez, M. (2002): *Diario médico: análisis de una empresa informativa especializada en prensa sanitaria*, Murcia, Universidad Católica San Antonio.

Rodríguez Artalejo, F. (2006): “Medicina preventiva: promoción de la salud y prevención de la enfermedad en escenarios clínicos”, en Frutos García, J.; Royo, M. A., *Salud pública y epidemiología*, Díaz de Santos, páxs. 35-56.

Rodríguez Marín, J. (1995) *Psicología social de la salud*, Madrid, Síntesis

Rubio Moraga, Angel L. (2002): “Periodismo y divulgación científica: especialización vs espectáculo” en *Prensa y Periodismo Especializado. Historia y realidad actual*, Ayuntamiento de Guadalajara.

Salmon, Ch.; Atkin, Ch. (2003): “Using media campaigns for Health promotion”, en Thompson, Teresa L et al. (Ed.): *Handbook of health communication*, Mahwah, N.J., Lawrence Erlbaum.

Salleras Sanmartí, L. (1985): *Educación sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones*. Madrid, Díaz de Santos.

Sánchez Martos, J. (2008): “Influencia de los medios de comunicación en la salud de la población”, en Cuesta Cambra, U. *Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención*, páxs. 77-97.

San Martín, H. (1986): *Epidemiología. Teoría. Investigación. Práctica*. Madrid, Díaz de Santos.

Schiavo, R. (2007): *Health Communication. From theory to practice*, New York, Jossey-Bass.

Schuchman, M. e Wilkes, M. S. (1997): “Medical scientists and health news reporting: A case of miscommunication”, en *Annals of Internal Medicine*, Vol. 126, 12, páxs. 976-982.

Snehendu B. Kr, Rina Alcalay (Ed.) (2001): *Health Communication. A Multicultural Perspective*, Sage Publications.

Sociedad Española de Informática de la Salud (2002): *Informe SEIS. Luces y sombras de la información de salud en Internet*, Madrid, SEIS.

Disponible en: <http://www.seis.es/documentos/informes/informeseis2002.pdf> [12/01/07]

Srotzky, N. (1989): *Science et Communication*. Paris, Pierre Belfond.

Stuyck, S. C. (1990): “Public health and the media: Unequal Partners?”, pp. 71-77, en Atkin, Ch./ Wallack, L. (ed.): *Mass communication and public health*, California, Sage Publications.

Terris, M. (1980): *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*, Mexico, Siglo XXI Editores.

Thompson, Teresa L. et al. (Ed.) (2003): *Handbook of health communication*, Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum.

VV.AA. (2000): *Divulgar la ciencia*. Actas de las XIV Jornadas Internacionales de Comunicación, Pamplona, Eunate.

Villanueva Salazar, Luisa Elena, 2002: “Gestión del conocimiento en el primer nivel de atención de salud, en Heredia (Costa Rica)”, *Revista Latina de Comunicación Social*, 52. Disponible en: <http://www.ull.es/publicaciones/latina/20025210villanueva.htm> [07/01/08]

Wallack, L. (1990): “Mass media and health promotion: Promise, Problem and Challenge”, en Atkin, Ch./ Wallack, L. (ed.): *Mass communication and public health*, California, Sage Publications, páxs. 41-51.

Warren Burkett, D. (1956): *Writing Science News for the Media*, Gulf Publishing Company, Texas.

Weitz, J. C. (2006): “Gastroenterología, Internet y algo más... Correo electrónico y la relación médico-paciente” en *Gastroenterología Latinoamericana*, vol. 17, nº 3, páxs. 370-371.

Wilkie, T. (1997): “Fuentes de información científica: ¿en quien podemos confiar?” en en VV.AA., *Medicina y medios de comunicación*, Ed. Doyma, Barcelona, páxs. 57-63.

World Health Organization (1998): *Health Promotion Glossary*, WHO, Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf [20/06/08]

Zappalà, Annick (1997): “La Médecine Médiatisée: Entre la médicalisation du social et la socialisation de la science”, *Hermès*, 21, 1997, páxs. 181-190.

Capítulo III

INTRODUCCIÓN Á COMUNICACIÓN MÉDICO - USUARIO

ÍNDICE DO CAPÍTULO III

1. Os roles de médico e de paciente. Evolución histórica.	
Como se ven o un ao outro? Dificultades na relación.	343
2. Condicionantes psicolóxicas da relación asistencial:	
burn-out no profesional sanitario e/ou estrés no usuario	
hospitalizado.	354
2.1. Síndrome do profesional queimado.	355
2.2. Impacto psicolóxico da hospitalización no usuario.	359
2.3. A información como estratexia de afrontamento.	364
3. Rexime xurídico da información ao usuario hospitalizado.	368
3.1. Tratados internacionais. Lexislación europea, española e galega.	368
A) Tratados internacionais	
B) Lexislación a nivel europeo	
C) Lexislación española	
D) Lexislación galega.	
3.2. Iniciativas sociais na promoción dos dereitos dos pacientes.	381
3.3. Documentos médico-legais: historia clínica, documento	
de consentimento informado e de instrucións previas.	383
3.3.1 O parte xudicial de lesións.	396
4. A relación médico-paciente. Tipoloxías. Proposta de	
clasificación en función do nivel de información desexada	
e proporcionada.	400
4.1. Qué se entende por relación médico-paciente.	400
4.2. Tipos de relación médico-paciente. Proposta de clasificación.	405
5. A comunicación médico – usuario.	414
5.1. A comunicación médico-paciente como campo de estudo.	
Líñas de investigación.	415
5.2. Bases para unha comunicación adecuada: a comunicación	
centrada no paciente.	433
5.3. A entrevista clínica: características, etapas, recomendacións.	437
5.4. Habilidades comunicativas necesarias para os profesionais sanitarios.	443

6. A comunicación co usuario hospitalizado. Tres contextos fundamentais: admisión, pase de visita diario e alta médica.	451
6.1. Secuenciación da comunicación co usuario hospitalizado: momentos clave e tipos de información asociados.	456
6.2. Comunicación co neno e co ancián hospitalizado.	466
7. Comunicar 'malas noticias'. Planificación do proceso de comunicación dun diagnóstico negativo.	469
7.1. Qué é unha mala noticia. Factores que dificultan a comunicación de malas noticias.	470
7.2. Como dar malas noticias. Estratexias que contribúen a comunicar malas novas	473
8. A linguaxe médica. O médico-divulgador.	479
8.1. Os documentos dirixidos ó usuario. Recomendacións de estilo.	482
9. Bibliografía e fontes consultadas na elaboración do capítulo	489

1. OS ROLES DE MÉDICO E DE PACIENTE. EVOLUCIÓN HISTÓRICA. ¿COMO SE VEN O UN AO OUTRO? DIFICULTADES NA RELACIÓN

Como se veu explicando ao longo do presente traballo, a Comunicación Hospitalaria ten unha base fundamental no trato entre os profesionais deste centro sanitario e o Usuario. O Gabinete de Comunicación pode desempeñar unha importantísima función educativa e asesora respecto dos traballadores do hospital e, especialmente, aqueles que teñen un trato directo co Usuario.

Neste senso, destaca a comunicación entre o equipo médico (destacando a figura do facultativo pola súa relevancia informativa) e o paciente, posto que constitúe unha relación comunicativa de grande importancia no contexto hospitalario.

Por iso, debemos afondar na que é considerada como o acto central da actividade clínica e o escenario principal da medicina (Laín Entralgo: 2003,19), a relación médico-paciente, referíndonos especificamente ós aspectos comunicativos.

Vexamos, primeiramente, como foron evolucionando os papeis do médico e do paciente até chegámonos á situación actual.

Seguindo a Laín Entralgo (2003) e a Porter (2003), faremos un percorrido histórico do *estatus* do médico, no que distinguimos as seguintes etapas:

1. O médico na Antigüidade.

Durante a Antigüidade, predominaron dúas figuras: a do médico-sacerdote e a do médico-artesán.

O médico-sacerdote era un personaxe privilexiado, moi poderoso e impune ante a lei común xa que el mesmo constituía a lei. Na cultura israelita, é difícil diferenciar a figura do sacerdote e a do médico, pois múltiples textos bíblicos amosan que a relixión, a moral e a medicina mesturábanse até confundirse.

Segundo Porter (2003), na antiga Mesopotamia, na asistencia aos enfermos mesturábanse os ritos relixiosos e os tratamentos empíricos. Tres tipos de sanadores exercían baixo a dirección dun médico xefe: un vidente (*bârû*), experto en adiviñación; un sacerdote (*âshipu*), que realizaba exorcismos e conxuros; e un médico (*âsû*), que empregaba medicamentos e realizaba as operacións e as vendaxes.

En Exipto, o médico máis célebre foi Imhotep (2690-2610 a. C., aprox.), primeiro visir do faraón Zoser, célebre como médico, astrólogo, sacerdote, sabio e deseñador de pirámides.

O médico-artesán era o practicante de manobras curativas elementais nos niveis inferiores da sociedade. Curaba feridas, fracturas ou subministraba herbas, pero carecía de poder e autoridade.

2. O médico hipocrático.

O médico hipocrático afástase do sacerdote (pois xa non pretende invocar forzas sobrenaturais) elaborando unha teoría natural da saúde e da enfermidade e aplicándoa na práctica.

Os hipocráticos eleváronse a si mesmos por riba dos recolectores de raíces, adiviños e demais, a quen rexeitaban por ignorantes e charlatáns, fomentando as teorías naturais da saúde e da enfermidade (baseadas nun coñecemento natural superior) e unhas formas de curación naturais. Como xa non pretendía interceder ante os deuses, o verdadeiro médico sería o amigo sabio e digno de confianza situado á cabeceira do enfermo.

“Los médicos hipocráticos no pretendían realizar curas milagrosas sino que se empeñaban sobre todo en no hacer daño (*primum non nocere*) y se presentaban a sí mismos como los fieles amigos del enfermo” (Porter, 2003: 64).

3. O médico na Idade Media.

Durante a Alta Idade Media, os saberes médicos quedan reducidos ós manuscritos que se conservan nos mosteiros. Así, fálase de “medicina monástica”. Serán tamén os monxes quen, nas enfermerías anexas ós mosteiros, se ocupen do coidado dos enfermos.

A Baixa Idade Media supón o inicio da recuperación da cultura grecorromana, fundamentalmente, a través da tradución de textos clásicos. Ademais, a Igrexa prohibélles ós clérigos a práctica da medicina e ésta inclúese na ensinanza médica das nacentes universidades. Comeza asimesmo a promulgación de normas que regulamentan a práctica profesional.

Ao longo da Idade Media e até ben avanzado o Renacemento, considerábase que o médico ideal era un home –a profesión seguía sendo monopolio masculino- que recibira unha longa educación universitaria para facer del un experto nas artes liberais e as ciencias. Sería un home recto, digno de confianza e temeroso de Deus, serio, sobrio e consagrado ao estudo, non a gañar diñeiro.

4. O médico durante o século XIX.

Médicos xerais, especialistas e cirurxiáns intégranse na clase burguesa e asomen os valores tradicionais da profesión. Por outra banda, comeza a criticárselles un certo afán de lucro.

“Hay, en fin, médicos cuyo interés es un mejor o peor disimulado apetito de lujo y prestigio (...) El médico actúa ahora desde un *ego cupiens*, y ante él, el enfermo es, antes que cualquier otra cosa, objeto de lucro” (Lain Entralgo, 2003: 115).

“Los cínicos insinuaban que los médicos sembraban hábitos de enfermedad entre sus pacientes más acomodados, concretamente el sexo débil (sic), y a cambio utilizaban una jerga diagnóstica elegante, les ofrecían sus recetas favoritas, minucias de régimen y estilo de vida, y todos los demás rituales de una profesión que hallaba su recompensa en ser obsequiosa con la clientela adinerada” (Porter, 2003: 74).

5. O médico durante os séculos XX-XXI.

Cando os médicos se fixeron moito máis poderosos dende o punto de vista terapéutico, grazas ós antibióticos e outros medicamentos, abandoaron a arte de agradar os seus pacientes.

“En un mundo médico que es cada vez más burocrático y más tecnológico, parece que el toque personal hipocrático corre el peligro de perderse. Esto ayuda a explicar la revitalización de la medicina irregular (sic) desde la década de los sesenta” (Porter, 2003: 85)

O hospital convértese no lugar mellor equipado tecnoloxicamente para os procedementos médicos de maior transcendencia e o médico pasa a ser o deus deste micromundo.

En todo este percorrido, o médico desempeña un rol socialmente relevante e tamén recoñecido, derivado da súa habilidade e dos seus coñecementos para poñer remedio ós problemas de saúde da colectividade. Digamos que ten unha posición de poder consecuencia do seu coñecemento e habilidades sobre a saúde e a enfermidade.

Na actualidade, a profesión de médico continúa tendo un amplo recoñecemento social. No barómetro do CIS de xuño de 2006, no que se lles preguntaba ós cidadáns enquisados como valoraban unha serie de profesións, os datos revelan que a de médico segue a ser a profesión mellor considerada socialmente.

Valoración das profesións								
	Moi mal (0-1)	(2-3)	(4-6)	(7-8)	Moi ben (9-10)	N.S.	N.C.	. (N)
Avogado/a	4.4	3.9	36.6	35.1	14.3	5.5	0.4	(2478)
Albanel	1.3	2.5	29.9	37.2	25.3	3.4	0.3	(2478)
Arquitecto/a	1.4	1.5	22.5	40.5	26.5	7.1	0.4	(2478)
Empresario/a	4.1	3.7	33.6	31.3	20.5	5.8	1.0	(2478)
Enfermeiro/a	0.4	0.6	19.3	41.4	34.4	3.4	0.5	(2478)
Escritor/a	1.7	3.3	33.5	31.2	17.6	11.9	0.8	(2478)
Fontaneiro/a	1.0	2.3	33.3	39.6	19.2	4.0	0.4	(2478)
Informático/a	0.3	1.3	25.3	39.8	21.4	10.9	0.8	(2478)
Xuíz/a	6.6	5.2	30.2	25.9	25.0	6.3	0.8	(2478)
Médico/a	0.8	0.7	12.0	32.4	50.5	3.1	0.4	(2478)
Militar	7.6	7.7	37.6	24.7	14.6	6.7	1.1	(2478)
Periodista	3.6	5.5	42.0	29.9	11.8	6.3	0.9	(2478)
Policía	2.8	3.9	31.5	35.3	21.5	4.3	0.8	(2478)
Profesor/a	1.1	1.8	18.2	39.6	35.2	3.6	0.5	(2478)

Táboa nº 51. Valoración das profesións. O prestixio social do médico.
 Fonte: Barómetro do CIS (xuño de 2006). Elaboración propia.

Respecto da figura do paciente e a evolución do seu rol, cabe sinalar, como primeiro matiz, que os termos enfermo e paciente non son sinónimos, aínda que ás veces se empreguen como tal.

O termo “paciente” procede do latín “*patiēns, -tis*”, participio de presente do verbo latino *patior* que significa sufrir, tolerar, aguantar. É, polo tanto, quen *sofre* algunha enfermidade, pero tamén quen *padece* a acción doutro suxeito, de tipo axente. O termo “enfermo” deriva asimesmo do latín (“*infirmus*”) e fai referencia a aquel que padece unha enfermidade, pero unha persoa pode estar enferma e non pasar a ser un paciente e un paciente non ten necesariamente, polo feito de selo, que estar enfermo.

A Lei 41/2002 define o termo “paciente”, como a persoa que require de asistencia sanitaria e está sometida a coidados profesionais para o mantemento ou recuperación da súa saúde. Define “usuario” como a persoa que utiliza os servizos sanitarios de educación e promoción da saúde, de prevención de enfermidades e de información sanitaria. Polo tanto, para o cidadán ingresado no hospital, aplicaríase o termo “paciente” e para o que acude a unha revisión médica, aplicaríase o termo “usuario”. Isto supón outorgarlle ao cidadán ingresado no hospital un rol completamente pasivo e dependente, posto que *require* e *está sometido* en vez de *utilizar* un determinado servizo sanitario. Por outra banda, a liña que separa ambos conceptos así plantexados non queda moi clara, pois os pacientes tamén empregan os servizos de prevención de enfermidades e de información sanitaria.

Nos últimos tempos, ademais, importantes cambios sociais conduciron a substituír a denominación de “paciente” pola de “usuario” ou “cliente”. No presente traballo, optamos preferentemente pola

denominación de “usuario” porque consideramos que se trata dun termo que lle reconece ao cidadán un papel activo respecto do servizo sanitario que se lle presta, pero desprovisto do carácter mercantilista que inevitablemente acompaña o substantivo “cliente”, máis empregado dende o márketing sanitario.

Os cambios sociais que provocaron que os “pacientes” adquiriran unha maior conciencia dos seus dereitos –do dereito a decidir sobre o seu propio corpo- e da súa capacidade de decisión pasando a desempeñar o rol de usuarios/clientes son múltiples e de diverso tipo:

- O progreso nos dereitos cidadáns. A partir da Declaración Universal de Dereitos Humanos de 1948, o cidadán foi tomando conciencia do merecido respecto á dignidade e liberdade persoal, que foi sendo recollida, posteriormente, na normativa internacional e estatal (no caso de España, na Constitución de 1978).
- A aprobación, no ano 1973, da primeira Carta de Dereitos do Paciente, por parte da Asociación Americana de Hospitais, que supón o primeiro recoñecemento oficial do dereito do paciente a recibir unha información completa sobre a súa situación clínica¹.
- A saída á luz pública de dous abusos de poder relacionados coa investigación médica inhumana que favoreceron a creación de pautas de respecto á decisión do doente, concretamente (Iraburu, 2005):
 - Os abusos cometidos polos nazis en numerosos experimentos coñecidos publicamente no Xuízo de Nuremberg (1948)² que deron lugar ó *Código de Nuremberg*, no que se recoñecía o dereito de todo individuo a non ser incluído en ningunha investigación sen o seu consentimento.
 - O experimento de Tuskegee (1970)³, que provocou a publicación do *Informe Belmont*⁴ (1978), no que se perfilaron os principios básicos do que hoxe coñecemos como Bioética: Autonomía, Non maleficencia, Beneficencia e Xustiza.

¹ American Hospital Association. *A Patient's Bill of Rights*. Washington, AHM, 1973.

² No Xuízo de Nuremberg, xulgouse a 23 médicos nazis acusados de realizar experiencias crueis e inhumanas con seres humanos durante a Segunda Guerra Mundial. Entre elas, por exemplo, para coñecer a resistencia humana ao frío, introducíase a reclusos en augas xeadas ata que finalmente se constataba o momento da súa morte.

³ En 1972, salta ás páxinas de *The New York Times* un experimento que se estaba a levar a cabo nunha zona remota do estado de Alabama (EE.UU.). Catrocentos homes de raza negra afectados pola sífilis estaban a ser estudados sen aplicarlles ningún tipo de tratamento para coñecer como evolucionaba a enfermidade de maneira natural. Os *conexiños de indias* non sabían que non estaban a recibir medicación xa que se lles administraba un placebo. Os científicos xustificáronse alegando que o sacrificio dunhas tantas vidas permitiría un gran beneficio para a humanidade.

1. Autonomía. Un doente non poderá ser sometido a ningunha actuación médica sen o seu consentimento.
2. Non-maleficencia. Dereito do doente a non sufrir ningún mal evitable. O profesional debe equilibrar os dous deberes: protexer o doente de males evitables e respectar a súa autonomía.
3. Beneficencia. O mellor debe definilo o doente e non o profesional, en función do seu proxecto vital.
4. Xustiza. Dereito do doente a non ser discriminado e a disfrutar da asistencia que lle corresponda.

- Unha maior formación e un maior acceso á información. O aumento da poboación con estudos medios e superiores, así como unha maior accesibilidade á información sobre saúde (grazas fundamentalmente ós medios de comunicación e á Rede) fan que os cidadáns sexan máis conscientes das posibilidades médicas e terapéuticas existentes e abre, minimamente, o coñecemento médico ao conxunto da poboación.

Este conxunto de cambios contribuíron a configurar un novo perfil de usuario dos servizos sanitarios, máis formado, máis consciente dos seus dereitos e, polo tanto, tamén máis crítico co sistema. Os elementos que caracterizan o novo usuario dos servizos sanitarios son (Jovell, 2006):

Novo modelo de usuario dos servizos sanitarios
Aumento do nivel de alfabetización formal
Maior nivel de educación regrada
Incremento das necesidades de atención social e sociosanitaria
Escasa educación cívica en relación ó uso de bens públicos
Cambio da categoría de paciente á de cliente
Acceso a maior información mediante Internet

Táboa nº52. Novo modelo de usuario dos servizos sanitarios.
Fonte: Jovell, 2006: 86. Elaboración propia.

En base ás transformacións que se producen neste senso, dáse un novo escenario a nivel internacional, que en España tivo tamén a súa repercusión a nivel lexislativo, no que se produciu unha evolución cara á unha maior autonomía do paciente e un maior equilibrio entre as figuras do médico e do paciente. Na Lei Xeral de Sanidade (Lei 14/1986, de 25 de abril), xa se incluían unha serie de dereitos dos doentes (art.10), que, posteriormente serán ampliados e concretados nunha normativa específica, a Lei 41/2002 de 14 de novembro, lei básica reguladora da autonomía do

⁴ Pódese consultar en http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Informe_Belmont.pdf

paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica, na que se recollen os seguintes dereitos:

Contidos fundamentais da Lei 41/2002	
1.	Dereito á información sanitaria <ul style="list-style-type: none">▪ Información clínico-asistencial▪ Dereito a non ser informado▪ Información epidemiolóxica▪ Información sobre o SNS (Sistema Nacional de Saúde)
2.	Dereito á intimidade
3.	Dereito á autonomía do paciente <ul style="list-style-type: none">▪ Consentimento Informado▪ Instrucións previas
4.	Historia Clínica <ul style="list-style-type: none">▪ Contido e usos▪ Acceso á Historia Clínica▪ Custodia e conservación▪ Informe de alta e outra documentación clínica

Táboa nº 53. Contidos fundamentais da Lei 41/2002.
Fonte: García Ortega et al., 2004: 470. Elaboración propia.

Non obstante, a pesar do esforzo e do recoñecemento lexislativo, este proceso de igualación entre médico e paciente vai máis rápido na teoría e no ámbito xurídico sanitario que na práctica diaria. Así, fronte á percepción dos médicos de que centran todo o seu interese na relación cos seus pacientes, dende a perspectiva do paciente, destácanse carencias importantes na atención recibida.

Vémolo, a modo de exemplo, nos seguintes estudos realizados a nivel de España:

A. Perspectiva do Doente respecto da relación co Médico.

A.1. Os cidadáns reclaman un trato máis humano, ser escoitados e ter un trato de confianza co médico.

“El que més reclamen els ciutadans és “un tracte més humà”. Els segueix aspectes també relacionats amb la comunicació medge-malalt: ser escoltat, saber generar confiança” (Dalmases Arnella, 2003: 224).

A.2. Os cidadáns afirman non recibir información adecuada sobre a súa condición e sobre o tratamento prescrito.

“Doctor-patient relationship. This heavy demand is believed to adversely affect the relationship between doctor and patient which is thought to be impersonal and time-restricted. Patients are not given adequate information about their condition and the treatments prescribed. They are not examined, diagnostic tests are not requested, routine prescription is the rule and there is a resistance to specialist referrals” (*The Future Patient Project*⁵, 2001).

A.3. Os cidadáns detectan⁶:

- Problemas na comunicación e na relación médico-paciente

(Uso de linguaxe técnica, escasa información, prepotencia, deshumanización).

- Falta de profesionalidade (erros, desmotivación, pouco tempo, prescrición de determinados medicamentos).
- Déficits estruturais e organizativos: listas de agarda, falta de infraestrutura, recorte de gastos.

A.4. Cando se lles pregunta ós cidadáns enquisados cales consideran que son os principais problemas do sistema español de asistencia sanitaria, despois das listas de agarda, comparecen os problemas de falta de atención ós doentes.

¿Cales son os problemas máis importantes do sistema español de asistencia sanitaria?	
Listas de agarda	29%
Listas de agarda para especialistas	17%
Listas de agarda para intervencións cirúrxicas	14%
Listas de agarda para médicos de familia	11%
Falta de atención ao paciente	8%
Acumulación de persoas	7%
Asistencia sanitaria de pouca calidade	6%
Carencia de recursos	5%
Tempo de agarda en urxencias	4%
Carencia de médicos	4%
Carencia de persoal sanitario	4%
Os médicos dedican pouco tempo aos pacientes	3%
Listas de agarda para revisións	3%
Financiación	3%
Organización	2%
Lentitude	1%

Táboa nº 54. Opinión sobre os problemas do Sistema Nacional de Saúde.

Fonte: *Confianza no Sistema Nacional de Saúde*⁷, Fundació Biblioteca Josep Laporte (2006). Elaboración propia.

⁵Estudo dirixido dende o Picker Institute de Oxford en oito países europeos (Alemania, Inglaterra, Italia, Polonia, Suíza, Suecia, Eslovenia e España) coa metodoloxía de grupos focais. A cita corresponde ás conclusións do estudo dos *focus group* realizados en España.

Accesible en <http://sescam.jccm.es/web/guest/atusua-documentacion/FuturePatient.pdf> [09/06/08]

⁶ Seguindo o diagnóstico do estudo *La profesión médica en España* (2005), editado pola Fundación para a Formación da Organización Médica Colexial (OMC) en 2005. Dispoñible en http://www.cgcom.org/sites/default/files/05_03_31_libro_prof_medica_0.pdf [15/06/08]

⁷ Realizado pola *Fundació Biblioteca Josep Laporte* en colaboración con *Harvard University School of Public Health*, accesible en <http://www.fbjoelaporte.org/docs/repositori/070516113210.pdf> [09/06/08]

B. Perspectiva do Médico respecto da relación co Doente.

B.1. Os médicos outorgan un gran protagonismo a comunicarse co paciente.

“Los médicos le otorgan gran protagonismo a la comunicación con el paciente: tanto saber escucharle como transmitirle adecuadamente pautas de tratamiento y tenerle en cuenta como figura importante en las decisiones sobre su salud”⁸

B.2. O paciente é a clara prioridade do comité de dirección dos hospitais.

“El entorno hospitalario evoluciona hacia una clara orientación al paciente, que se sitúa como la principal prioridad del comité de dirección y a la que, en consecuencia, se le dedican más recursos, tanto humanos como económicos. La organización se estructura alrededor del paciente y en la mayoría de los casos se destina personal específico a mejorar los procesos de atención”⁹.

B.3. Os médicos móstranse partidarios dos valores da comunicación, a empatía e a individualización, pero venos como dificilmente materializables.

“Un 92% dels enquestats estant d'acord que les usuaris demana, cada cop més, ser escoltat, informat intel·ligiblement i participar en la presa de decisions (...) Tot i la adhesió massiva als valors de la comunicació, l'empatia i la individualització, més de la meitat es mostra escèptic que la tendència es materialitzi.” (Dalmases Arnella, 2003: 124).

A relación médico-paciente pon en contacto dous mundos que inician esta relación cun obxectivo en común –que o usuario recupere a saúde- pero no que xogan dúas perspectivas que poden ser totalmente opostas.

⁸ Procede do *Libro blanco. El futuro de la comunicación médica en España y sus Comunidades autónomas (2005-2010)* realizado polo Gabinete de Estudios Sociolóxicos Bernard Krief para o Grupo Saned en base á técnica Delphi, no que participaron máis de 350 profesionais médicos de toda España. Accesible en <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/libroblanco.pdf> [08/06/08]

⁹ Procede de Inforpress Comunicación de Salud, ESADE (2004): *Estudio de comunicación en el entorno hospitalario*, p. 32.

Punto de vista dos médicos	Punto de vista dos pacientes
<i>O meu paciente divaga...</i>	<i>O doutor non me escoita...</i>
<i>O paciente non me fai caso no que lle digo</i>	<i>O doutor non entende por qué non podo seguir as súas instrucións</i>
<i>Por qué non vai ó gran?</i>	<i>O doutor interrómpeme</i>
<i>Non hai forma de explicarlle canto tempo teño que estar con cada paciente</i>	<i>Tiven que agardar moito, síntome como enviándolle unha nota</i>
<i>O doente culpame cando non se sente mellor</i>	<i>Tiven tres citas boxe e inda me encontro mal</i>
<i>O doente non aprecia o que fago por el</i>	<i>Págolle para que o faga! Non me está facendo ningún favor</i>
<i>O doente ocúltame información relevante</i>	<i>Non teño por que contarllo!</i>
<i>Insinnásame</i>	<i>Non vexo por que non podemos ser amigos</i>
<i>Por que os doentes piden cita no último minuto e despois queixanse de esperar?</i>	<i>Nunca podo ter cita cando verdadeiramente preciso ver o meu médico</i>
<i>Teño que concentrarme no que estou facendo</i>	<i>Non podería dicirlle de que cor ten os ollos porque nunca me mira</i>

Táboa nº 55. Médicos e pacientes. Dous modos de pensar distintos.
Fonte: Extracto-resumo de Korsch e Harding (1998). Elaboración propia.

Obviamente, a maneira de vivir a enfermidade é subxectiva para o paciente e obxectiva para o médico, o que supón, *a priori*, unha relación desigual.

“mientras que el médico evalúa objetivamente el significado de los síntomas, la perspectiva del enfermo es subjetiva, pues es el único que siente el dolor y cuya vida está afectada por la enfermedad” (Coe, 1973: 119).

A diferenza nas perspectivas de médico e paciente non é só un problema de distintos niveis de coñecemento, senón un reflexo da distinción entre a experiencia vivida da enfermidade e o relato naturalista desa experiencia. De aí que prestarlle atención á experiencia vivida polo doente resulta importante por diversas razóns (Toombs, 1993: 89):

- O coñecemento e o tratamento do doente como unha persoa.
- A interpretación dese entendemento en termos de coñecemento da súa anatomía, fisioloxía e de iniciar o proceso de intervención terapéutica.
- O acto da axuda require que o paciente e o médico compartan un entendemento común por canto á enfermidade do paciente.

Ademais destas diferencias de puntos de vista, poden influír na relación comunicativa entre o médico e o paciente outros factores: o contexto no que dito encontro ten lugar, o tempo dispoñible, as características do lugar físico, a presenza doutras persoas (familiares, por exemplo)...

A relación entre ambos pode asimesmo verse afectada por condicionantes psicolóxicas, como pode ser o estrés que padezan o profesional sanitario ou o usuario, especialmente se se atopa hospitalizado.

No caso do profesional sanitario, o estrés laboral crónico pode chegar a desencadear o *síndrome do profesional queimado* (burn-out) e, no caso do paciente, determinará o seu proceso de adaptación á vida no hospital.

2. CONDICIONANTES PSICOLÓXICAS DA RELACIÓN ASISTENCIAL. *BURN-OUT* NO PROFESIONAL SANITARIO E/OU ESTRÉS NO USUARIO HOSPITALIZADO.

It's ironic that an organization dedicated to restoring health and promoting well-being often is detrimental to the health and well-being of the people working there
(Dye, 1985).

O encontro entre o profesional sanitario e o usuario está condicionado por multitude de factores, entre eles: o marco da interacción, a estrutura do sistema sanitario, a conduta do profesional sanitario e do paciente, así como as características persoais e sociodemográficas de ambos (Rodríguez Marín, 1995).

Neste último grupo, inclúense as características psicolóxicas dos dous actores que interrelacionan, das que forman parte as características da personalidade, así como a situación psicolóxica concreta que estean a vivir, resultado da incidencia de factores externos (como pode ser a presión do marco asistencial) ou internos que teñen a súa repercusión no modo de comportarse do profesional sanitario e do paciente.

Neste sentido, destacan dous fenómenos que poden afectar negativamente a un ou a outro:

- a) No caso dos profesionais sanitarios, os intentos fracasados por manexar o estrés laboral crónico pode conducirlos ao que se denomina “burn-out” e se traduciu como “síndrome do profesional queimado”.
Falamos do profesional sanitario e non do médico exclusivamente, porque pode afectar a calquera profesional da saúde que desempeñe un rol de axuda no marco sanitario e que basee a súa actividade no contacto directo cos pacientes.
- b) No caso dos pacientes, debemos ter en conta que a hospitalización supón unha experiencia excepcional estresante, tanto pola incertidume da propia enfermidade como da súa experiencia hospitalaria.

Dende o presente traballo, buscamos mostrar como unha boa comunicación entre o profesional sanitario e o usuario pode contribuír a minimizar ambos factores psicolóxicos negativos, subliñando

a importancia de formar os profesionais sanitarios en habilidades comunicativas, unha das ideas clave que se defenden ao longo deste capítulo.

2.1. O SÍNDROME DO PROFESIONAL QUEIMADO

A relación entre o profesional sanitario e o paciente pode verse afectada polo que se coñece como *burn-out*, ou síndrome do profesional queimado. O termo foi acuñado por Herbert Freudenberger¹⁰ (USA) quen, en 1974, describe por primeira vez este síndrome de carácter clínico. Definiuno como unha sensación de fracaso e unha experiencia esgotadora que resulta dunha sobrecarga por esixencias de enerxía, recursos persoais ou forza espiritual do traballador.

Arredor da mesma época (inicios dos anos setenta), a investigadora Cristina Maslach estudaba as reaccións emocionais das persoas que traballaban en profesións de axuda. Isto permitiulle elaborar a definición máis coñecida do termo:

“Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do “people work” of some kind. It is a response to the chronic emotional strain of dealing extensively with other human beings, particularly when they are troubled or having problems” (Maslach, 1982:3).

O *burn-out* maniféstase a través dun esgotamento emocional, un sentimento de despersonalización e unha diminución no rendemento persoal que traen consigo as seguintes consecuencias:

“El agotamiento emocional se refiere a una reducción de nuestros recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás psicológicamente (...) La despersonalización se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los receptores de nuestros servicios, y hacia nuestros colegas, que nos puede conducir a considerar que son la fuente de nuestros problemas (...) La disminución en el rendimiento personal estriba sobre todo en la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con sentimientos de fracaso y baja autoestima” (Rodríguez Marín, 1995:188).

¹⁰ Psiquiatra estadounidense (Francfort, 1927-NY, 1999), quen desempeñaba a súa labor nunha clínica gratuíta en Nova York, onde traballaban voluntarios con mozos adictos ás drogas. Freudenberger observou como boa parte destes voluntarios experimentaban, polo xeral ao cabo dun ano, un gradual descenso da enerxía e unha progresiva desmotivación e falta de compromiso, todo isto acompañado dunha serie de síntomas mentais e físicos, que el mesmo chegou a padecer.

A ferramenta máis empregada para medilo é a escala de Maslach (1986). Trátase dun cuestionario autoadministrado, constituído por 22 ítems de afirmacións sobre os sentimentos e actitudes do profesional cara ó seu traballo e cara ós usuarios. Está conformado por tres subescalas¹¹:

- Subescala de esgotamento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora a vivencia de estar exhausto emocionalmente polas demandas do traballo. Considérase o grao de esgotamento como unha variable continua con diferentes graos de intensidade e non como unha variable dicotómica.
- Subescala de despersoalización. Esta formada por 5 ítems. Valora o grao en que cada un recoñece actitudes de frialdade e distanciamento.
- Subescala de realización persoal. Formada por 8 preguntas. Avalía os sentimentos de autoeficacia e realización persoal no traballo.

Maslach (1997) explica que os principais aspectos que poden conducir a padecer o *burn-out* proceden de tres tipos de fontes:

1. As dinámicas psicolóxicas da interacción.
2. A natureza do lugar de traballo e as condicións do mesmo.
3. As características persoais ou individuais.

Respecto da natureza e condicións do lugar de traballo, podemos destacar como elementos *estresores* do medio sanitario, os seguintes (Granado Martínez, 2006):

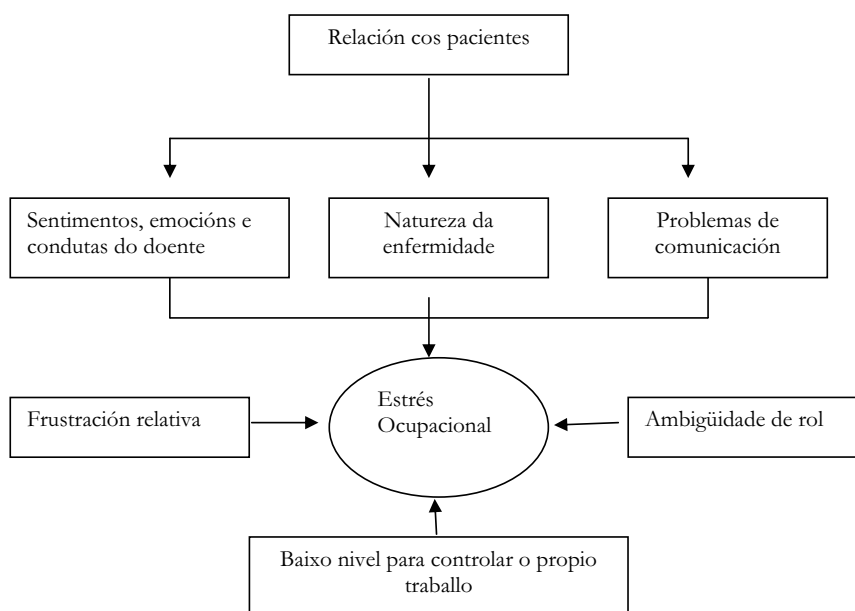
- a) Ambiente físico: ruído, iluminación, temperatura, espazo físico...
- b) Condicións do posto de traballo: traballo nocturno, sobrecarga laboral, etc.
- c) Contacto cos pacientes
- d) Factores relacionados co contido do posto de traballo, especialmente os vinculados á realización persoal no traballo.
- e) O desempeño de roles profesionais, sendo os principais problemas, dous:
 - e.1. Ambigüidade de rol: Grao de incertidume acerca das tarefas e responsabilidades.
 - e.2. Conflito de rol: O profesional atópase con tarefas contraditorias entre si.
- f) A Comunicación Interna dentro do medio sanitario.
- g) Factores organizacionais: Variables estruturais (organizacións altamente centralizadas), complexidade (múltiples unidades) e de tipo informal (con roles e normas pouco definidos), características todas elas das organizacións sanitarias.
 - g.1. Clima organizacional: Falta de participación na toma de decisións, etc.
- h) Factores extrahospitalarios: Relación entre traballo e familia, etc.

¹¹ Maslach Burnout Inventory (MBI), dispoñible en:
<http://www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/burn/deteccion.pdf> [12/11/2008]

Por canto ao contacto cos pacientes, este actúa como un destacado elemento desencadeante de burn-out. Segundo comprobaron Maslach e Jackson (1982), canto máis tempo estaban os médicos en contacto cos pacientes máis alta era a súa puntuación na subescala de esgotamento emocional. Os profesionais que adicaban parte do seu tempo á docencia ou á administración puntuaban máis baixo nesta subescala.

No marco da relación entre o profesional sanitario e o paciente, cobran relevancia tres factores: os sentimentos, emocións e condutas do doente; a natureza da enfermidade contra a que se loita e os problemas de comunicación (Rodríguez Marín, 1995):

- *Os sentimentos, emocións e condutas do paciente*, dado que poden aparecer pacientes que responsabilizan o persoal sanitario a todos os niveis da súa enfermidade, ou pacientes que descualifican o esforzo e capacidade dos profesionais. Tamén no caso de situacións moi extremas a nivel emocional durante o contacto co profesional.
- *A natureza da enfermidade*, o sufrimento prolongado, o deterioro progresivo, a desfiguración, ou os casos nos que o paciente chega en situacións nas que a cura xa non é posible.
- *As dificultades de comunicación cos pacientes*, moitas veces, derivadas dunha falta de formación do profesional e da excesiva presión asistencial.



Esquema nº 33. Causas da aparición do burn-out no eido sanitario.
Fonte: Rodríguez Marín, 1995: 192. Elaboración propia.

Os profesionais sanitarios adoitan responder de dúas maneiras ante o burn-out: culpabilizándose a si mesmos e/ou culpabilizando os pacientes: No primeiro caso, xérase no profesional un sentimento de inadecuación persoal e profesional. Na segunda situación, chegan a considerar os pacientes de forma cínica e con desprecio, desenvolvendo unha opinión negativa do seu valor como seres humanos (Rodríguez Marín, 1995).

Case a totalidade dos médicos (o 95%) considera que a relación médico-paciente inflúe na súa saúde, un 52% considera que lle inflúe na saúde física e un 83,3%, na súa saúde psíquica (Gómez Esteban, 2002). A insatisfacción na relación médico-paciente, o estrés laboral e a falta de formación para abordar a relación médico-paciente constitúen ademais as principais variables desencadeantes de ansiedade nos facultativos¹².

“conocimos que la insatisfacción en la relación médico-paciente y el estrés laboral son las variables más ansiógenas, seguidas de la falta de formación para abordar la relación médico-paciente y la de apoyo social, y a continuación, la derivada del sufrimiento del paciente y de la escasez de tiempo institucional” (Gómez Esteban, 2002: 196).

Na realidade hospitalaria téñense detectado unha serie de estresores e frustradores que están moi relacionados coa falta de formación dos profesionais sanitarios en habilidades sociais, detectándose que un alto índice de estresores no medio hospitalario estaban relacionados coas relacións persoais entre profesionais da saúde, usuarios-profesionais da saúde e familiares-profesionais da saúde (Ribera et al, 1988).

En Galicia, segundo as conclusións do estudo *Análisis del entorno sociolaboral de los profesionales médicos en Galicia*, publicado no ano 2004¹³, un 48% dos profesionais que traballaban nese momento no sector público sanitario galego consideraba que padecía o síndrome de *burn-out*¹⁴.

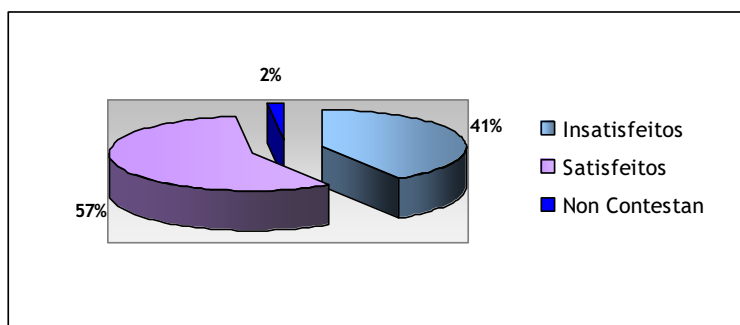
Segundo o mesmo estudo, as *ratios* de satisfacción laboral tampouco eran favorables, pois catro de cada dez médicos colexiados que exercían na Comunidade Galega se declaraban insatisfeitos co seu

¹² Recentemente, asistimos ademais á proliferación de novas sobre agresións a médicos e a outros profesionais sanitarios: “8.000 médicos españois han sufrido agresiones de sus pacientes” (*El País*, 09/05/07); “El Colegio de Enfermería exige medidas contra las agresiones” (*La Voz de Galicia*, 23/04/08); “La Fiscalía de Madrid acuerda que las agresiones a médicos puedan castigarse con cinco años de cárcel” (*La Voz de Galicia*, 06/05/08).

¹³ Encargado polo Consello Galego de Colexios de Médicos entre a poboación médica colexiada de Galicia. Accesible en http://www.comc.es/pdf/informe_colegio_medicos.pdf [12/02/2008]

¹⁴ Cabe matizar que non se aplicou a Escala de Maslach para medilo, senón que se lles preguntaba directamente ós facultativos se consideraban que o estaban padecendo.

traballo. Unha insatisfacción que tamén se atopaba nos profesionais das fundacións sanitarias galegas analizadas nun estudo de Martín-García et al. (2005), no que a media de satisfacción laboral, nun sistema de base 10, quedaba nun 4,05.



Gráfica nº 9. Índice de satisfacción laboral dos médicos colexiados en Galicia.
Fonte: Colexio Oficial de Médicos de Galicia (2004).

2.2. O IMPACTO PSICOLÓXICO DA HOSPITALIZACIÓN NO USUARIO

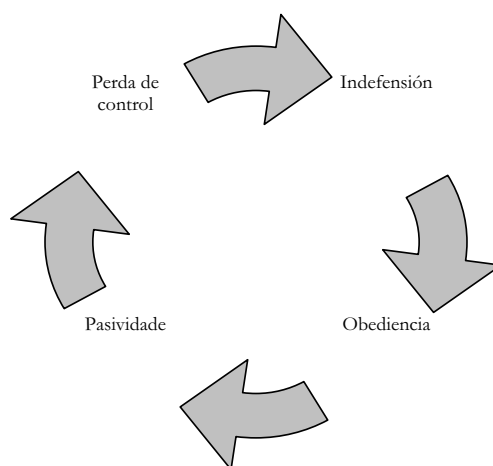
O Usuario que ingresa no hospital enfróntase a un entorno distinto, a unhas persoas que non coñece e a unhas rutinas afastadas das que habitualmente conforman a súa vida cotiá. Tampouco se atopa na mesma situación que quen acude a un centro de saúde ou á consulta dun especialista. No seu novo rol, non xa como enfermo, senón como usuario hospitalizado, pasará a depender dos profesionais do hospital para todo e agardarase que o seu comportamento sexa doce e cooperativo.

“El paciente se ve obligado a ponerse en manos de personas extrañas, en un ambiente desconocido en el que todo lo que ocurre le es nuevo. Del paciente se espera que sea dócil y cooperativo sin demandar una atención excesiva. Pronto el paciente se da cuenta de que el hospital está organizado a conveniencia del personal, más que a conveniencia del paciente”. (Taylor, 2003: 231).

A vida no hospital, que requirirá da súa adaptación, implica unha serie de circunstancias que singularizan, respecto doutras situacións, o ingreso hospitalario e que repercutirán psicolóxicamente no usuario (Gallar, 2005: 209-211):

1. Illamento. O enfermo síntese illado, afastado da súa casa e do seu entorno, do seu estilo de vida habitual.

2. Limitación da mobilidade. En principio, as normas de réxime interno prohibíenlle abandonar a súa habitación¹⁵.
3. Despersoalización. Todos teñen un trato similar, unha roupa estándar e unha rutina e monotonía semellante. Os profesionais sanitarios tenden, sen decatarse, a perpetuar este entorno de despersoalización.
4. Disciplina regulamentaria. Os usuarios ingresados están sometidos a unha disciplina horaria, a unhas obrigas hixiénicas e outros deberes que deben cumprir en todo momento.
5. Dependencia forzosa. Os doentes dependen fortemente dos profesionais sanitarios; a miúdo, esta obediencia convértese nunha forzada actitude pasiva que lles fai perder o control da súa situación.



Esquema nº 34. Círculo que perpetúa a indefensión do usuario no medio hospitalario.
Fonte: Gallar, 2005: 210. Elaboración propia.

6. Perda de intimidade. En tres sentidos:
 - 6.1. Do espazo físico, sobre todo nos hospitais públicos, que teñen habitacións compartidas, orixinando ás veces molestias e conflitos.
 - 6.2. Corporal. O contacto físico do persoal sanitario atenta contra a intimidade corporal do doente especialmente cando é tímido.
 - 6.3. Psíquica. Durante a entrevista co doente, o médico pode facerlle preguntas comprometidas que se lle realizan polo seu propio ben.

¹⁵ Na práctica, non teñen por qué ser tan estritas. En moitos hospitais, os doentes pasean polos corredores da planta na que están ingresados, co permiso do persoal sanitario. Porén, a propia arquitectura sanitaria, que empuxa a un ir e vir de persoal constantemente, favorece que o doente non saia da súa habitación. “Lo primero que tiene que afrontar el enfermo es el propio marco físico. No se ha escrito mucho sobre el impacto que el diseño arquitectónico del hospital tiene sobre los pacientes. En un marco habitual de la vida todos podemos hacer ajustes y reajustes en nuestro entorno (...) en una situación de pacientes hospitalizados no nos cabe sino aceptar el entorno tal cual lo encontramos”. (Rodríguez Marín, 1997: 88).

“O paciente inserido no contexto hospitalar, sai de seu domicilio, onde possui o dominio do seu espazo e é admitido en una unidade hospitalar, onde muitas veces necesita dividir seu espazo territorial con persoas estranhas, num período de crise que é a doença. Nesse contexto, a invasión do espazo persoal e territorial do paciente hospitalizado ocorre con frecuencia” (Sawada et al., 1998: 5).

7. Información deficiente. A miúdo, o persoal sanitario esquecese de informar o doente sobre as probas que se lle fan, etc. Así, o paciente asiste atónito a unha serie de manipulacións sobre o seu corpo, descoñecendo por qué se lle practican.

“El paciente debe pedir todo lo que necesita o desea, unas veces con éxito y otras sin él, y eso reduce y devalúa su autoconcepto y aumenta el nivel de su dependencia. Por ejemplo, el deseo de información en un paciente hospitalizado puede ser grande, pero muy difícilmente satisfecho. Precisamente una de las quejas más extendidas entre los pacientes hospitalizados es la falta de comunicación con el personal” (Rodríguez Marín, 1995: 166).

Existen ademais unha serie de riscos do hospital como organización (Taylor, 1995), que agudizan o seu efecto negativo nos doentes:

1. A existencia de múltiples metas en función dos grupos profesionais.
2. A complexidade da estrutura, que imposibilita unha forte coordinación.
3. O tratamento impersoal, que lle permite ó persoal sanitario un afastamento emocional dos problemas e das persoas.
4. A produción de estereotipos negativos dos pacientes, que conducen a culpabilizalos.

En xeral, o usuario pode poñer en práctica dous tipos de reaccións durante o seu ingreso no hospital (Gallar, 2005: 211):

- a) Reacción adaptativa. Resposta positiva de adaptación. A actitude do paciente é de total colaboración, pero resulta fundamental que se lle outorgue a sensación de control sobre todo o proceso ó que está sendo sometido. Se non se ten esa precaución, a reacción pode mermarse ou tornar non adaptativa.
- b) Reacción non adaptativa. Distínguense dous tipos de respostas non adaptativas:
 - b.1. Conduta agresiva e de rexeitamento. O paciente móstrase agresivo, non colabora co persoal sanitario, está á defensiva. Non segue as pautas do tratamento. É o considerado “mal paciente”.
 - b.2. Conduta depresiva. O paciente móstrase depresivo, abatido, ensimismado. Non lle interesa nada do que sucede, é pasivo, indeciso, pouco comunicativo. A miúdo, catalógase como “bo paciente” porque non molesta.

Da dinámica de comportamento que adopte o paciente no hospital, dérvase a súa consideración como bo ou mal paciente. Curiosamente, quen pregunta e solicita información é considerado un “mal paciente”, mentres que quen cala e obedece as instrucións sen requirir información (sen “molestar”) logra a consideración de “bo paciente”. Esta especie de *marco normativo* que establece o hospital, inducendo ó silencio e á pasividade, debera modificarse dende a propia actitude dos profesionais sanitarios.

Estado	Perda de control (despersonalización)	Conduta de bo paciente (indefensión)	Conduta de mal paciente (reactancia)
Condutas	Búsqueda e uso indiscriminado de información; queixas ó persoal.	Cumprimento, pasividade, indefensión aprendida, incapacidade para conseguir información, fracaso en proporcionar información relevante da súa condición.	Queixas ó persoal, solicitude de atención, amotinamento, posible autosabotaxe.
Cognicións	Expectativas inadecuadas; confusión.	Sentimentos de indefensión, impotencia, posible negación e fatalismo.	Compromiso co dereito á información; sospeita (ou paranoia) respecto da súa condición, tratamento e conduta do persoal.
Estado emocional	Ansiedade.	Ansiedade e depresión.	Ira.
Estado físico	Aumento das reaccións físicas ós síntomas e procedementos médicos negativos; posible aumento da duración da hospitalización.	Posible agotamento das reservas de Norepinefrina; indefensión relacionada con morte súbita, gradual erosión da saúde.	Aumento da secreción de catecolaminas e da produción de hidrocortisonas; posible agravamento da presión sanguínea, taquicardia, ansina, eventual, agotamento de adrenalina en médula suprarrenal.
Respostas do persoal	Tratamento despersoalizado.	Resposta en situación de emerxencia, pero non atención rutinaria á solicitude de información por parte do paciente.	Condescender, ignorar as queixas, medicación só para aplacar, derivar a psiquiatría, posible alta prematura.

Táboa nº56. Condutas de bo e mal paciente. Fonte: Rodríguez Marín (1995).
Elaboración propia.

Hai catro factores que poden determinar (anticipar) a conduta do enfermo ante a hospitalización (Taylor, 1995):

- A maneira en que unha persoa reacciona ante a perda de control. Os máis controladores reaccionarán con maior reactancia que os menos controladores. A maneira de responder á perda de control está moi ligada ao concepto de “locus de control”: quen consideran que o que lle acontecerá está relacionado coa súa conduta ou comportamento teñen un “locus de

control interno”, mentres que aquelas persoas que pensan que o que lles sucederá será resultado da acción doutras persoas, do azar ou do destino, que é impredecible, dise que teñen un “locus de control externo”.

- Nivel de expectativas respecto da hospitalización. Se a persoa agarda poder desenvolver un nivel de actividade determinado, colaborar no seu coidado, conservar parte da súa actividade, etc. e non resulta así, pode producirse unha resposta de reactancia.
- Modo en que o enfermo percibe a supresión da liberdade. Se a percibe como algo arbitrario, o seu comportamento será reactivo.
- A duración da hospitalización. Taylor suxire que os pacientes poden pasar dun papel a outro (de bo a mal paciente, p.ex.) co paso do tempo.

Debido ao cambio que supón para o usuario o ingreso no hospital, con todas as características que implica a hospitalización (illamento, dependencia, falta de intimidade, etc.) pódese concluír que a hospitalización comparece como un estresor, a diferentes niveis (Rodríguez Marín, 1995:172):

- 1) Un estresor cultural, pois o paciente debe aceptar novas normas, valores e símbolos da subcultura hospitalaria, que frecuentemente son inconscientes para el.
- 2) Un estresor social, porque o rol de paciente hospitalizado entraña elementos que presionan fortemente sobre a identidade psicosocial do individuo, e as interaccións sociais nun hospital poden chegar a ser unha importante fonte de estrés por si mesmas.
- 3) Un estresor psicológico, xa que pode introducir dende fenómenos de disonancia entre dous ou máis fenómenos cognitivos ou situacións de dependencia, ou situacións consideradas infantís.
- 4) Un estresor físico, debido a que a maioría das percepcións físicas do hospital (olores, ruídos, etc.) e o propio entorno físico do mesmo, poden causar emocións negativas na maioría dos doentes.

O papel da información para contrarrestar o estrés e a ansiedade do paciente hospitalizado resulta fundamental. A información contribúe a crear sensación de autocompetencia e de control. A ausencia de información case sempre alerta e intranquiliza. O paciente e os familiares “viven” da dose de información diaria que se lles proporciona.

Porén, no entorno hospitalario, prodúcense respecto da información ó paciente dúas constantes (Rodríguez Marín, 1997: 144-145):

- Incertidume: O paciente descoñece o novo sistema no que entra a formar parte, as súas normas, a súa cultura. Descoñece o persoal que entra e sae da súa habitación e as probas que lle están a facer e os motivos que as causan. Ninguén llelo explica.

- Ambigüidade. A ambigüidade ten que ver coa imprecisión da información que lle chega ó doente no marco hospitalario, e co estilo “difuso” de comunicación que exhibe o sistema mesmo e o persoal ó seu servizo, o que conduce á inseguridade do paciente.

A inseguridade emocional que pode experimentar o usuario está, polo tanto, moi ligada á falta de información:

“When patients were unsure of what to do or how to behave during hospitalisation, they experienced emotional discomfort” (Williams et al., 2008: 1604).

2.3. A INFORMACIÓN COMO ESTRATEXIA DE AFRONTAMENTO

¿Por que resulta de importancia a información en contextos nos que percibimos unha situación como potencialmente ameazante para as nosas vidas, caso da hospitalización? Dende a Psicoloxía, sublíñase a importancia da información para o ser humano en todo contexto de incertidume, tendo en conta os seguintes argumentos (García Álvarez, 2007: 225 e 2008):

- A información contribúe ó incremento da percepción de control das persoas cando están sometidas a situacións de incertidume, coa conseguinte modificación das emocións e condutas asociadas a aquela. A maior incertidume, maior importancia da información. Para reducir a incertidume e incrementar o control, a información debe ser:
 - Veraz
 - Crible
 - Contrastable
 - Accesible
 - Actualizada
 - Relevante para a acción e os intereses dos afectados
 - Anticipadora de actuacións
- As persoas e grupos buscan activamente información cando perciben que un acontecemento é relevante para as súas vidas.
- A información é un medio para orientar a acción eficaz das persoas que, á súa vez, incrementa a percepción de control e de autocompetencia.
- A información é un medio para dar sentido ó que acontece corrixindo e validando as percepcións en situacións ambiguas.

De feito, a busca de información constitúe unha das estratexias de afrontamento (*coping* na terminoloxía anglosaxona) que pon en marcha o ser humano ante situacións potencialmente ameazantes, como a enfermidade.

O afrontamento pode ser definido como a acción de facer fronte a un inimigo, un perigo, unha responsabilidade, etc. un axente ou acontecemento estresante, en suma. A maioría dos investigadores defínenlo como un conxunto de respostas ante a situación estresante executadas para reducir, dalgún modo, as cualidades aversivas de tal situación (Rodríguez e Neipp, 2008).

“Enfrentamiento a una dificultad inusual en una situación en la cual el desarrollo de nuevas estrategias y la instrumentación de nuevas conductas es requerida” (Almanza-Muñoz, Holland, 1999: 162).

As principais estratexias de afrontamento ante a enfermidade son (Rodríguez e Neipp, 2008):

1. Negación ou minimización da gravidade. Podemos distinguir tres formas de negación:

- Negación do feito da enfermidade.
- Negación do significado da enfermidade
- Negación do estado da enfermidade

En moitos casos pode considerarse como unha resposta adaptativa (p. ex. Se permite reducir o medo). Neste apartado, podemos incluír a evitación (aceptación da realidade da ameaza, pero cun deliberado esforzo por non pensar nin falar acerca diso).

- 2.- Respostas de acción directa de escape/ evitación do acontecemento.

Ex. Pospoñer sistematicamente a cita co médico.

- 3.- Busca de información sobre a enfermidade, os procedementos de tratamento alternativos e as súas probables consecuencias. Conseguindo información, o enfermo pode reducir a ansiedade e o medo, reducindo tamén a ambigüidade.

“Las funciones de la búsqueda de información son: reduce la incertidumbre de la enfermedad, restaura el sentimiento de control de los acontecimientos, proporciona a la persona algo que hacer, y posibilita encontrar respuestas razonables” (Rodríguez Marín, 2008: 90).

- 4.- Condutas confrontativas: esforzos activos centrados nos problemas. P. ex. Aprender a poñerse inxeccións de insulina, acudir a clases de ioga, etc.

- 5.- Mantemento regular de rutinas. Hai que subliñar que a planificación de actividades resulta moi importante nas enfermidades crónicas.

6.- Manexo da autopresentación e pedir apoio emocional de familia, amigos e profesionais sanitarios. A incapacidade para expresar emocións incrementa a activación fisiolóxica.

7.- Ensaio de consecuencias alternativas. Inclúe preparación mental (anticipación e ensaio imaxinario) e discusión das alternativas posibles de familiares e amigos.

8.- Instalación ou mantemento do sentimento de control.

9.- Accións de control: instrumental, comportamental ou decisional. Accións sobre o entorno para cambiar a situación.

10. Encontrar ou dar un sentido á enfermidade.

11.- Reinterpretación positiva da enfermidade.

12.- Busca e obtención de apoio social.

13.- Comparación social positiva (con outras persoas que teñan ou non a súa enfermidade).

14.- Resignación ou aceptación da enfermidade. Aceptar a enfermidade e a súa importancia na nosa vida ou resignarse. A resignación pode ter unha función positiva e colaborar a unha mellor adaptación da persoa á enfermidade.

En termos xerais, distínguense dous tipos de estilos de afrontamento ante a ameaza de diagnósticos médicos negativos:

- *Monitoring/ Cognitive confrontation.* Tendencia a buscar información activamente sobre o evento adverso.
- *Blunting/ Cognitive avoidance.* Tendencia a buscar distraccións da situación ameazante.

O estilo de *afrontamento cognitivo* está relacionado cunha preferencia por información detallada e por participar na toma de decisións médicas. O estilo de *evitamento*, que aposta por evitar falar ou pensar na situación ameazante, non implica necesariamente un menor desexo de información e participación na toma de decisións, senón que se trata de dúas escadas distintas e non de dous extremos dun mesmo sistema de medida (Ong et al., 1999).

Porén, a pesares do destacado rol da información de cara a reducir a incertidume e a ambigüidade, ésta resulta en non poucas ocasións insuficiente e non responde ás necesidades dos usuarios (Suhonen et al. 2005; Mordiffi et al., 2003), o que merma a percepción de control e autocompetencia dos pacientes ingresados:

“la información que el paciente recibe en el seno del hospital, si es que recibe alguna, suele ser ininteligible para él o sumamente imprecisa y, por tanto, multi-interpretable”. (Rodríguez e Zurriaga, 1997: 145)

3. REXIME XURÍDICO DA INFORMACIÓN Ó USUARIO HOSPITALIZADO.

3.1. TRATADOS INTERNACIONAIS. LEXISLACIÓN EUROPEA, ESPAÑOLA E GALEGA

Os cidadáns, como usuarios dos servizos prestados polo sistema sanitario público, dispoñen dunha serie de dereitos e de deberes en relación co mesmo. A *protección legal* do paciente resulta de especial relevancia por canto á situación de debilidade na que o ser humano se encontra cando padece unha determinada enfermidade. No marco deses dereitos e deberes xerais, son de interese para o presente traballo aqueles que atinxen á información ó paciente, posto que supoñen a base legal á que deben axustarse os procedementos e actores dos centros sanitarios.

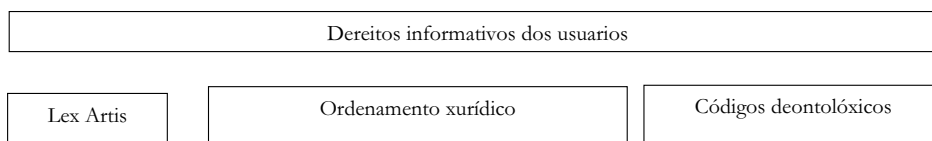
O camiño dos dereitos dos pacientes segue, como xa comentamos, a estela dos avances sociais a nivel internacional, (os dereitos humanos, os dereitos dos consumidores, etc.) de maneira que co paso de tempo a atención lexislativa neste senso foi de menos a máis.

Como punto de partida, debe subliñarse que o deber de información do profesional médico é un elemento integrante da *lex artis* (os criterios universais de actuación da profesión médica), dado que o seu cumprimento forma parte da actividade asistencial, polo que, no propio exercicio da profesión médica xa se presupón que existe unha información mínima que se debe proporcionar ó paciente para que a actividade de diagnóstico e tratamento sexa efectiva.

Ademais, están os dereitos dos usuarios recollidos na lexislación. Os dereitos informativos dos usuarios do sistema sanitario teñen fundamento e apoio na propia Constitución Española, na exaltación da dignidade da persoa e da súa liberdade (Artigo 1.1) e buscan promover o dereito do usuario a poder elixir entre as *opcións de vida* que se lle presenten.

A necesidade de obter o consentimento informado do paciente como requisito imprescindible para a actuación médica implica a existencia dun proceso continuado de información, sendo recollido nas leis do ordenamento xurídico europeo, español e galego. Vén a ser o recoñecemento da necesidade de proporcionarlle información ó usuario para que éste poida consentir ou disentir respecto das actuacións sobre a súa saúde.

En terceiro lugar, está a obriga dos profesionais sanitarios de proporcionarlle información ós pacientes recollida tanto na Lei 44/2003, de ordenación das profesións sanitarias, como nos códigos deontolóxicos das profesións médica e enfermeira.



Esquema nº 35. Pares do dereito dos usuarios do sistema sanitario a recibir información.
Elaboración propia.

Co obxecto de profundizar no dereito á información por parte dos usuarios do sistema sanitario, o presente apartado ten por obxecto recoller a normativa que fundamenta ese dereito e o correlativo deber dos profesionais sanitarios e da Administración á hora de informar os pacientes e/ou os seus familiares.

a) Tratados internacionais

Como xa dixemos, a Declaración Universal dos Dereitos Humanos (1948) supuxo un fito importante no camiño do respecto á vontade e á autonomía de decisión dos pacientes. Primeiramente, por afirmar a igualdade de todos os seres humanos (Art. 1), unha igualdade ignorada durante a ditadura nazi, e ademais, por postular o dereito de todo individuo á liberdade de opinión e de expresión, así como a recibir información e opinións (Art. 19).

Anos máis tarde, o Pacto Internacional de Dereitos Cívís e Políticos (1966) volve poñer en solfa a igualdade de todos os seres humanos e recolle especificamente que ningunha persoa pode ser sometida sen o seu libre consentimento a experimentos médicos ou científicos (Art. 7).

Dito tratado fai fincapé, tamén, no dereito á liberdade de expresión e información dos individuos (Art. 19.2), así como no dereito á protección do ámbito da privacidade (art. 17.1), aspectos básicos no posterior desenvolvemento dunha lexislación que garanta o dereito a recibir información sobre o seu estado de saúde e a especial protección á que deben someterse os datos sanitarios.

b) Lexislación a nivel europeo

No marco europeo, tanto o Consello de Europa como a propia Unión Europea teñen impulsado declaracións sobre aspectos xenéricos ou específicos relacionados cos dereitos dos pacientes e a súa garantía.

Como punto de partida cabe destacar o Convenio para a Protección dos Dereitos Humanos e das Liberdades Fundamentais (1950), asinado polos membros do Consello de Europa, que herda o

espírito da Declaración Universal dos Dereitos Humanos. Nel, reafírmanse os dereitos á liberdade de todos os cidadáns, así como o respecto á súa dignidade e intimidade (Art. 3 a 5, 8 e 9).

Máis especificamente, nas Xornadas Europeas sobre os Dereitos dos Pacientes, organizadas pola Oficina Rexional Europea da Organización Mundial da Saúde, celebradas en Ámsterdam en 1994, aprobouse un documento titulado *Declaración para a Promoción dos Dereitos dos Pacientes* en Europa, que pretendía ser un instrumento para o desenvolvemento dos dereitos dos usuarios dos sistemas sanitarios dos distintos países-membro.

No seu Capítulo 2, adicado á Información, propoñíanse os seguintes dereitos en materia informativa:

- A información sobre os servizos sanitarios e como utilízalos adecuadamente debe ser proporcionada ó público para beneficio de todos a quen concerne.
Ademais, cando sexan admitidos nun centro sanitario, os pacientes deberían ser informados da identidade e do estatus dos profesionais da saúde que se están ocupando deles e das regras e rutinas que se aplicarán durante a súa estada e coidados.
- Os pacientes teñen dereito a ser informados en detalle sobre o seu estado de saúde, incluíndo os datos médicos sobre o seu estado; sobre os procedementos médicos propostos, xunto aos riscos potenciais e beneficios de cada procedemento; sobre alternativas aos procedementos propostos, incluíndo o efecto de non aplicar un tratamento; e sobre o diagnóstico, pronóstico e progreso do tratamento.
Teñen dereito tamén a non ser informados, segundo petición explícita e a elixir á persoa á que informar, se así o desexan, no seu lugar.
Os pacientes deberían ter a posibilidade de obter unha segunda opinión médica.
Deberían poder solicitar e obter un resumo escrito do seu diagnóstico, tratamento e coidados recibidos ao ser dados de alta dun centro sanitario.
- A información debe ser comunicada ao paciente de forma adecuada á súa capacidade de comprensión, minimizando o uso de terminoloxía técnica pouco familiar. Se o paciente non fala o idioma común, debe buscarse a un intérprete para axudarlle.
- A información poderá ser ocultada aos pacientes de forma excepcional, cando existan boas razóns para pensar que esta información lles causaría un gran dano, sen ningún efecto positivo.

Desta maneira propoñían unhas bases para o recoñecemento normativo nos distintos estados a un papel cada vez máis activo e independente para os usuarios dos sistemas sanitarios.

O respecto ó ser humano no campo da investigación biomédica concreouse no *Convenio para a protección dos dereitos humanos e a dignidade do ser humano con respecto ás aplicacións da bioloxía e a medicina* de 1997, vixente en España dende xaneiro do 2000¹⁶ e máis coñecido como o *Convenio de Oviedo*.

Dito documento foi o primeiro instrumento internacional con carácter xurídico vinculante e estableceu un marco común para a protección dos dereitos humanos e a dignidade humana na aplicación da bioloxía e da medicina. Nel, recóllese, a necesidade de obter o consentimento informado da persoa sobre a que se vaia intervir no ámbito da sanidade (Art. 5).

Postula o respecto á vontade e criterio do paciente (ou o do seu representante en caso de incapacidade para expresalo) o que implica que se lle tivo que proporcionar información previamente sobre a finalidade, a natureza, os riscos e as consecuencias da intervención.

A excepción á norma, é dicir, a falta de necesidade do consentimento informado da persoa afectada só será posible en caso de que a persoa non teña capacidade de expresar o seu consentimento para a intervención, e ésta vaia redundar no seu beneficio directo así como en situacións de urxencia (Art. 6.1 e art. 8, respectivamente). Se se trata dunha persoa cun trastorno mental grave só poderá ser sometida sen o seu consentimento a unha intervención que teña por obxecto tratar ese trastorno cando a ausencia do tratamento sexa perxudicial para a súa saúde (Art. 7).

Se se trata dun menor de idade, tomarase en conta a súa opinión (en maior ou menor medida en función da idade e do grao de madurez) e requirirase a autorización do seu representante legal, dunha autoridade ou dunha persoa ou institución designada pola lei (Art. 6.2). Dita autorización tamén será necesaria, de tratarse dunha persoa maior de idade con algún tipo de disfunción mental, enfermidade ou motivo similar (art. 6.3).

O respecto á vontade do paciente manterase asimesmo ó terse en consideración os desexos expresados previamente á intervención médica (art. 9).

Neste acordo europeo, recóllese tamén o dereito á intimidade da persoa e o dereito a ser informado, ou non, en función do seu criterio, sobre o seu estado de saúde (Art. 10).

c) Lexislación Española

O dereito á información dos pacientes parte, como xa dixemos, da Constitución Española (1978). Concretamente, da exaltación da dignidade da persoa (Art. 10.1), pero sobre todo do dereito á liberdade (Art. 1.1).

Dito dereito desenvolveuse no ámbito xurídico-sanitario posteriormente a través da Lei 14/1986 Xeral de Sanidade, na que se coñece como *Carta de dereitos e deberes do paciente*, que incluía unha serie de aspectos respecto do dereito á información dos pacientes (art. 10), entre os que destacan:

- Dereito ó consentimento informado, con tres excepcións: excepto que a intervención supoña un risco para a saúde pública; excepto que o paciente non estea capacitado para tomar decisións en cuxo caso o dereito recae nos familiares ou achegados; e excepto que a urxencia do caso non admita demoras (Art. 6, derogado).
- Respecto á vontade do paciente, quen pode en última instancia negarse ó tratamento solicitando para elo a alta voluntaria (Art. 10.8)
- Dereito a información completa e continuada, verbal e escrita, e en termos comprensibles, sobre o seu proceso, incluíndo diagnóstico, prognóstico e alternativas de tratamento (Art. 10.5, derogado). Ademais, o usuario ten dereito a ser advertido de se os procedementos de prognóstico, diagnóstico e terapéuticos que se lle apliquen poden ser utilizados en función dun proxecto docente ou de investigación, que, en ningún caso, poderá comportar perigo adicional para a súa saúde. En todo caso será imprescindible a previa autorización, e por escrito, do paciente e a aceptación por parte do médico e da dirección do correspondente centro sanitario (Art. 10.4).
- Este dereito leva consigo a obriga de confidencialidade de toda a información relacionada co seu proceso e coa súa estadía en institucións sanitarias (Art. 10.3).
- Ademais da información sobre o seu proceso, o usuario ten dereito ao que podemos chamar información “de utilidade”, que inclúe información sobre os servizos sanitarios a que pode acceder e sobre os requisitos necesarios para o seu uso (10.2) e información sobre as vías de reclamacións e suxestións (art. 10.12).

¹⁶ Este documento incorporouse ao dereito interno español, formando parte do mesmo, e dado o seu carácter de tratado internacional, non pode ser contradito por disposicións posteriores sen a modificación do propio convenio.

- O usuario ten asimesmo dereito a que se lle asigne un médico, que se erixirá no seu interlocutor principal co equipo asistencial. En caso de ausencia, outro facultativo do equipo asumirá tal responsabilidade.(10. 7).
- Nesta normativa, tamén se facía referencia ó dereito do usuario a que quede constancia por escrito de todo o seu proceso e a que se lle estenda un certificado conforme o seu estado de saúde cando o necesite por esixencia legal ou regulamentaria (10.8, derogado), así como a que se lle entregue un informe de alta (10.11, derogado).

De especial interese resulta a sentenza do Tribunal Supremo de 12 de xaneiro de 2001, na que, en relación co consentimento informado, se considera que dito dereito é un dereito humano fundamental, consecuencia dos dereitos á vida, á liberdade e á integridade:

“El consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones realizada en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo.” (STS 12-1-2001).

Dita sentenza constitúe un antecedente directo da Lei 41/2002 de 14 de novembro, *Lei básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica*, que nacía coa vocación de continuar e completar as bases lexislativas asentadas na Lei Xeral de Sanidade:

“la presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto”.

Este texto legal permitiu importantes avances nos dereitos informativos dos usuarios. Na norma vixente, o dereito á información do cidadán componse dunha triple vertente:

1) Dereito a ter información sobre o seu proceso asistencial e a ser autónomo na toma de decisións.

Así, consolídase o dereito do usuario a ser ou a non ser informado sobre o seu proceso asistencial (respectándose a vontade do paciente) e a que dita información se lle comunique de forma comprensible, clara e adaptada ás súas necesidades (Art. 4.2). Por outra banda, matízase, respecto da Lei Xeral de Sanidade, que a información se proporcionará, como regra xeral, verbalmente, e que debe comprender, como mínimo: finalidade, natureza, riscos e consecuencias da intervención (Art. 4.1).

Agora ben, ¿quen é o titular dese dereito á información? Pois o usuario en primeiro termo e, en segundo termo, a quen el autorice de maneira expresa ou tácita. A Lei 41/2002 introduce un interesante matiz a este respecto. Se na Lei Xeral de Sanidade o titular do dereito á información era o paciente e os familiares ou achegados (Art. 10.5), no novo texto legal, é o paciente quen debe autorizar (de forma expresa ou tácita) que os familiares teñan acceso á información sobre a súa saúde (Art. 5.1).

Se o paciente está incapacitado para comprender a información, adecuarase a información ás súas capacidades de comprensión e tamén se informará ó seu representante legal e ós familiares/ achegados (Art. 5.2 e 5.3).

Por outra banda, a normativa establece como responsables de informar o usuario, en primeiro termo, ó médico responsable do caso e, en segundo termo, ós profesionais que o atendan durante o proceso asistencial ou que lle apliquen unha técnica ou procedemento concreto (Art. 4.3).

Os límites ó Consentimento Informado, é dicir, a falta de necesidade á hora de obter o consentimento informado do paciente, queda circunscrita ás seguintes situacións:

- O estado de “necesidade terapéutica”, é dicir, o feito de que dita información, segundo a consideración do médico, o perxudique (Art. 5.4).
- En caso de existir perigo para a saúde pública (Art. 9.2a)
- Cando exista risco inmediato grave para a integridade física ou psíquica do enfermo e non resulte posible conseguir a súa autorización, consultando, cando o permitan as circunstancias, os seus familiares ou as persoas vinculadas a el (Art. 9.2b).

Por outra banda, o Consentimento Informado será verbal, como regra xeral, e escrito nos seguintes casos (Art. 8):

- Intervención cirúrxica.
- Procedementos diagnósticos e terapéuticos invasores.
- Aplicación de procedementos que supoñen riscos ou inconvenientes de notoria e previsible repercusión negativa sobre a saúde do paciente.

A Lei establece que o consentimento por representación só pode darse nunha serie de circunstancias (Art. 9.3):

a) Cando o paciente non sexa capaz de tomar decisións, a criterio do médico responsable da asistencia, ou o seu estado físico ou psíquico non lle permita facerse cargo da situación. Se o paciente carece de representante legal, o consentimento prestarano as persoas vinculadas a el por razóns familiares ou de feito.

b) Cando o paciente estea incapacitado legalmente.

c) Cando o paciente sexa menor de idade, non sendo capaz intelectual nin emocionalmente de comprender o alcance da intervención. Se ten doce anos cumpridos, deberá primeiro escoitarse a súa opinión, pero o consentimento darao o representante legal. Se se trata de menores capaces e capacitados, emancipados ou con dezaseis anos cumpridos, non cabe prestar o consentimento por representación. Aínda así, en caso de situación de grave risco, os pais serán informados e a súa opinión será tida en conta para a toma da decisión correspondente.

Aínda que o consentimento se realice por representación, debe favorecer a participación e opinión do paciente na toma de decisións do proceso sanitario (Art. 9. 5).

Outro intento por facer valer e por respectar a vontade do usuario como dono do seu propio corpo represéntao o documento de Instrucións Previas, a través do cal, unha persoa maior de idade, capaz e libre, manifesta anticipadamente a súa vontade, con obxecto de que ésta se cumpra no momento en que chegue a situacións nas que non sexa capaz de expresala persoalmente, sobre os coidados e o tratamento da súa saúde ou, chegado o caso, sobre o destino do seu corpo ou dos órganos do mesmo (Art. 11.1).

As instrucións previas non serán aplicadas se son contrarias ao ordenamento xurídico, á «lex artis», nin as que non se correspondan co suposto que o interesado preveu no momento de manifestalas (Art. 11.3). Poderán revocarse libremente en calquera momento deixando constancia por escrito (Art. 11.4).

Por canto á documentación do seu proceso, o usuario ten dereito a acceder á súa Historia Clínica (Art. 14 a 19) e a obter un Informe de alta por parte do centro ou do servizo sanitario unha vez rematado o proceso asistencial (Art. 20). En caso de negarse ó tratamento prescrito, deberá asinar a alta voluntaria (Art. 21)

A información do paciente ten o carácter de confidencial, respectándose o seu dereito á intimidade (Art. 7). Tamén o dereito á intimidade dos datos do paciente aparece recollido na *Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal*, que considera os datos relativos á saúde dos cidadáns como datos especialmente protexidos (artigo 7.3), establecendo un réxime singularmente rigoroso para a súa obtención, custodia e eventual cesión.

2) Dereito a recibir información sobre o sistema sanitario e a institución sanitaria que o atende.

Correspóndese con información sobre os servizos e unidades asistenciais dispoñibles, a súa calidade e os requisitos de acceso. A Lei establece, ademais, que os servizos de saúde disporán nos centros e servizos sanitarios dunha guía ou carta dos servizos na que se especifiquen (Art. 12 e 13):

- Os dereitos e as obrigas dos usuarios
- As prestacións dispoñibles
- As características asistenciais do centro ou do servizo, e as súas dotacións de persoal, instalacións e medios técnicos.
- Información sobre as guías de participación e sobre suxestións e reclamacións.
- Información previa correspondente para elixir médico, e igualmente centro, con arreglo aos termos e condicións que establezan os servizos de saúde competentes.

3) Dereito a recibir información epidemiolóxica (sobre os problemas de saúde da colectividade).

Así, os cidadáns teñen dereito a coñecer os problemas sanitarios da colectividade cando impliquen un risco para a saúde pública ou para a súa saúde individual, en termos verdadeiros, comprensibles e axeitados (Art. 6).

O dereito á información dos usuarios ten o seu correlato no deber dos profesionais sanitarios de proporcionarlle dita información:

Na *Lei 44/2003, de 21 de novembro, de ordenación das profesións sanitarias*, figuran como principios xerais da relación entre os profesionais sanitarios e as persoas atendidas, entre outros, os seguintes (Artigo 5.1):

- Respetar a persoa, a súa dignidade e intimidade das persoas.
- Respetar a súa participación na toma de decisións.
- Ofrecer información suficiente e adecuada para que poidan exercer o seu dereito ó consentimento sobre ditas decisións.
- Facilitarlles o dereito a coñecer o nome, a titulación e a especialidade dos profesionais sanitarios que o atenden, así como a súa categoría e función.

Os códigos deontolóxicos da profesión médica e enfermeira tamén recollen ese deber. Segundo a deontoloxía da Organización Médica Colexial española, os pacientes teñen dereito a recibir información sobre a súa enfermidade e o médico debe esforzarse en proporcionarlle con delicadeza e de maneira que poida comprendela (Artigo 10, Código de Ética e Deontoloxía Médica, 1999).

Na norma deontolóxica da profesión enfermeira, indícase asimismo que é responsabilidade do/a enfermeiro/a manter informado o enfermo, tanto no exercizo libre da súa profesión, como cando ésta se exerce nas institucións sanitarias, empregando para iso unha linguaxe clara e adecuada á capacidade de comprensión do paciente (Artigo 10, Código Deontolóxico de Enfermería).

d) Lexislación Galega

Na Comunidade Autónoma Galega, que posúe as competencias legislativas en materia de sanidade interior, os dereitos informativos dos pacientes recolléronse na Lei 7/2003, do 9 de decembro, de ordenación sanitaria de Galicia (Losga), que permitiu desenvolver boa parte das disposicións recollidas na Lei 41/2002. Con respecto a esta última, o texto aprobado na Cámara galega, aporta as seguintes novidades:

- 1) Matízase o dereito do paciente á información sobre o seu proceso asistencial. Fálase de información verbal e escrita, e que inclúa diagnóstico, pronóstico e alternativas de tratamento (Art. 133k).
- 2) Refórzase a capacidade de elección do paciente, explicitando que será quen decida entre as opcións de tratamento que lle presente o responsable médico, cunha serie de excepcións (Art. 133l):
 - Cando da non-intervención derive un risco para a saúde pública.

- Cando a persoa enferma non estea capacitada para tomar decisións; neste caso o dereito corresponderalle ó seu representante legal, se o houber, ou ós seus familiares ou persoas achegadas.
 - Cando concorra unha situación de urxencia que non permita demoras por poderse ocasionar lesións irreversibles ou existir risco de falecemento.
- 3) Comparecen novos dereitos relacionados coa información, que non se recollían expresamente na Lei 41/2002:
- Á educación sanitaria e á información axeitada que propicien a adopción de hábitos e estilos de vida saudables (Art. 133d).
 - A unha segunda opinión médica co obxecto de fortalecer a relación médico-paciente e complementar as posibilidades da atención sanitaria, nos termos que se establezan regulamentariamente (Art. 133t).
 - Ó libre acceso ó Vedor do Paciente (Art. 133y).
 - A participar, a través dos órganos de participación comunitaria, nas actividades sanitarias, nos termos establecidos nesta lei e nas disposicións que se dicten no seu desenvolvemento (Art. 133r).
 - A dispoñer de información comprensible e axeitada sobre o custo das prestacións e servizos de saúde recibidos (Art. 133w).

Os aspectos relativos á Historia Clínica, Consentimento Informado e Instrucións Previas recóllense na Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de Maio, do Consentimento Informado e da Historia Clínica dos pacientes. Por tratarse dos principais documentos que recollen a información do paciente serán abordados seguidamente en maior profundidade.

O paso máis recente en Galicia neste percorrido, supono a Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia. No preámbulo da mesma xa se destaca a importancia que se lle reconece ós dereitos da cidadanía neste texto legal:

“O novo papel que a lei lles outorga á cidadanía e aos seus dereitos tradúcese tanto no seu aspecto formal –reserva do título I para unha pormenorizada relación, estruturación e clarificación dos dereitos e os deberes cara a un completo desenvolvemento normativo posterior- coma substancial”.

Así, o Capítulo II do Título I adícase exclusivamente ós Dereitos Sanitarios do paciente, que contemplan todos os seguintes:

- Dereitos relacionados coa integridade e intimidade da persoa (Artigo 6).
- Dereitos relacionados co acompañamento do ou da paciente (Artigo 7).
- Dereitos relacionados coa autonomía da decisión (Artigo 8).
- Dereitos relacionados coa confidencialidade e a información (Artigo 9).
- Dereitos relacionados coa documentación sanitaria (Artigo 10).
- Dereitos relacionados coas suxestións e as reclamacións (Artigo 11).
- Dereitos relacionados coa prestación dos servizos sanitarios por parte do Sistema Público de Saúde de Galicia (Artigo 12).
- Dereitos relacionados coa participación (Artigo 13).
- Dereitos relacionados con grupos especiais (Artigo 14).

Deben ser comentados unha serie de aspectos novidosos tratados neste texto legal, que anteriormente non se recollían.

- 1) Sublíñase a importancia da información sobre o sistema sanitario, de modo que:
 - O cidadán ten dereito a ser informado acerca dos plans, programas e accións que se están desenvolvendo no Sistema Público de Saúde de Galicia, de forma comprensible e mediante os mellores cauces (Art. 93a).
 - O centro está obrigado a facilitarlle ós usuarios unha carta de dereitos e deberes (Art. 9.3b)
 - Mantense o dereito a coñecer a carteira de servizos como marco de compromiso entre o centro sanitario e os seus usuarios e usuarias (Art. 9.3c).
- 2) Aparecen novos dereitos vinculados coas novas tecnoloxías da información e da comunicación. Así, o usuario ten dereito á utilización das mesmas para potenciar a interacción electrónica entre a cidadanía e o Sistema Público de Saúde (Art. 9.6) e para garantir a mellor información sobre a historia clínica do paciente, tendo en conta as novas tecnoloxías, os datos da mesma estarán dispoñibles en tres idiomas (galego, castelán e inglés), facendo para elo as adaptacións técnicas necesarias (Art. 9.8).
- 3) De especial relevancia resulta o dereito do usuario á humanización da asistencia sanitaria, que segundo recolle a normativa, se evidencia na calidade humana da prestación dos servizos sanitarios. Tamén engade que os adiantos científicos deben estar ao servizo de dita humanización, de maneira axeitada aos valores, ás crenzas e á cultura da cidadanía (Art. 12.1).

- 4) O dereito de acompañamento tampouco aparecía en textos legais precedentes. Segundo este, o usuario do sistema público de saúde de Galicia ten asimesmo dereito a estar acompañado por unha persoa coa que manteña vínculos familiares ou de feito ou por unha persoa da súa confianza, excepto que este acompañamento sexa incompatible coa prestación sanitaria conforme criterio clínico (Art. 7).
- 5) O usuario ademais ten dereito a coñecer e identificar, de forma rápida e clara, o persoal que lle presta asistencia sanitaria. Para a eficacia deste dereito, o persoal que preste a asistencia debe levar sempre visible a súa tarxeta identificativa. (Artigo 12.10).

Neste percorrido legal, pode observarse que hai unha evolución das distintas normativas a prol do dereito á autonomía do usuario baseado fundamentalmente no proceso de consentimento informado, que implica que o usuario debe recibir unha información adecuada para poder exercer a autonomía que se lle recoñece legalmente na toma de decisións.

3.2. INICIATIVAS SOCIAIS NA PROMOCIÓN DOS DEREITOS DOS PACIENTES

As asociacións de pacientes tamén teñen levado a cabo múltiples iniciativas para definir cales son os dereitos que consideran fundamentais para os usuarios dun sistema sanitario. A importancia deste traballo que levan a cabo fundaméntase en chamar á reflexión sobre estes temas, abrir o debate social a estas cuestións, espertar sensibilidades neste campo ou representar e defender os intereses do colectivo directamente implicado no aproveitamento do servizo sanitario: os usuarios.

En novembro de 2002, diversas organizacións cidadás de distintos países europeos, integradas na Rede Activa, elaboraron unha *Carta Europea dos Dereitos dos Pacientes*, na que xa se recollía, a necesidade dunha información ó usuario dotada das seguintes características (Artigo 2):

- Información completa, tanto sobre o seu estado de saúde, como sobre os servizos sanitarios, e sobre as aportacións da investigación científica e a innovación tecnolóxica.
- Información adaptada ós pacientes, sobre todo tendo en conta as circunstancias relixiosas, étnicas ou lingüísticas de cada un. Independentemente de que se trate dun menor ou dun adulto incapaz de entendemento ou vontade debe procurarse informalo en todo momento.
- Información accesible, que se conseguirá suprimindo os obstáculos burocráticos, educando os provedores¹⁷ de coidados médicos, así como preparando e distribuindo materiais informativos. O paciente debería ter acceso directo ó seu historial clínico e informes médicos para fotocopialos, preguntar sobre o seu contido e corrixir erros.
- Información continua e exhaustiva, que pode estar garantida a través da asignación dun titor.
- Información que lle permita participar na toma de decisións que concernan a súa saúde.
- A información previa a calquera tratamento ou operación debe facilitarse con alomenos 24 h de antelación.
- Información comprensible, desprovista da bagaxe técnica.

Postúlase nesta carta europea que todo individuo debe ter dereito a elixir libremente:

¹⁷ O “provedor” de coidados médicos pode ser o facultativo, pero o concepto é moito máis amplo e abrangue outras profesións sanitarias como a enfermería, ATS, matronas, etc.

- Entre os diferentes procedementos de tratamentos e provedores baseándose nunha información adecuada.
- Sobre os exames para establecer o diagnóstico e as terapias que debe seguir.
- Médico de atención primaria, especialista ou hospital. Un paciente que non confíe no seu médico ten dereito a que se lle designe outro.

Recóllense ademais dereitos que van parellos ós informativos, como o dereito á confidencialidade da información persoal, incluíndo a información sobre o estado de saúde e o diagnóstico potencial ou procedementos terapéuticos, así como á protección da súa privacidade durante a realización dos exames de diagnóstico, visitas de especialistas e tratamentos médicos ou cirúrxicos en xeral.

Tamén se lle outorga importancia ao dereito a reclamar, de modo que os servizos de saúde deberan garantir o exercizo deste dereito, proporcionando información aos pacientes sobre os seus dereitos, permitíndolles recoñecer o incumprimento dos mesmos e formalizar as súas reclamacións.

En España, tamén as asociacións de pacientes teñen debatido sobre estes temas.

Concretamente, os días 20 e 21 de Maio de 2003 levouse a cabo en Barcelona unha xuntanza de profesionais da saúde e representantes de organizacións e asociacións de pacientes e usuarios de todo o Estado¹⁸. Os resultados conforman a Declaración de Barcelona das Asociacións de pacientes¹⁹, conformada por un decálogo de necesidades dos pacientes.

En materia de información, recolléronse unha serie de demandas:

Primeiramente, solicitaban unha información de calidade, contrastada respectando a pluralidade das fontes e proporcionada, principalmente, polos profesionais médicos. Dita información ten que producirse nunha linguaxe intelixible e adaptada á capacidade de entendemento dos pacientes.

¹⁸As Asociacións participantes foron: Accio Psoriasis, Agrupación Joven Española Reumática, Alcer Barcelona, Alianza para la Depresión, Asociación Andaluza para la Rehabilitación e Integración del Daño Cerebral Adquirido, Asociación Asmatológica Catalana, Asociación de Asmáticos Madrileños, Asociación Española contra la Osteoporosis, Asociación de Diabéticos, Asociación de Enfermos del Corazón Hospital 12 de Octubre, Coalición Española de Enfermos Crónicos, Confederación Española de Agrupaciones Familiares y Enfermos Mentales, Federación Catalana de Alzheimer, Federación Española de Enfermedades Raras, Federación Española de lucha contra la Esclerosis Múltiple, Federación Anti-Sida España, Asociación para la lucha contra las enfermedades del riñón, Asociación de Esclerosis Tuberosa, Asociación de Familias y Mujeres del Medio Rural, Asociación de Pacientes Coronarios, Asociación Española Contra el Cáncer, Asociación Española contra las Enfermedades Neuromusculares, Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica, Asociación de Afectados de Ictus de Aragón, Asociación Madrileña de Pacientes con Artritis Reumatoide, Associació de Malalties de Crohn i Colitis Ulcerosa de Catalunya, Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer, Federación de Asociaciones de Celíacos de España, Federación Española de Diabéticos, Federación Española de Parkinson, Fundación Alzheimer España, Fundación de Hipercolesterolemia Familiar, Liga Reumatológica Andaluza, Project dels Noms, Fundación Española de Fibrosis Quística, Lliga Reumatológica Catalana, Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, Liga Reumatológica Española.

¹⁹ Disponible en <http://www.webpacientes.org/docs/at001.pdf> [20/10/08]

Tamén se demandaba o respecto á autonomía do paciente informado, especialmente cando moitas decisións asistenciais admiten alternativas distintas segundo os valores e preferencias de cada paciente concreto. Polo tanto, debera avanzarse no desenvolvemento de medidas que faciliten a máxima adecuación entre as opcións elixidas e as desexadas polos pacientes correctamente informados.

Destacábase a necesidade dunha relación médico-paciente baseada no respecto e a confianza mutua. Definíase a importancia da relación médico-paciente como unha relación fundamental baseada no respecto e a confianza mutua, que conducía á mellora e/ou á resolución dos problemas de saúde e calidade de vida dos pacientes e os seus familiares.

Para iso, destacábase como necesaria a formación e o entrenamiento específico en habilidades de comunicación por parte dos profesionais, de maneira que os sistemas de saúde creasen as condicións necesarias para a formación dos profesionais dentro das organizacións.

Tamén se incidía na necesidade de mellora do coñecemento que teñen os pacientes sobre os seus dereitos básicos. O paciente debe ter máis información e coñecemento acerca dos seus dereitos, información que ha de ser facilitada polos profesionais e sistemas sanitarios.

Estas iniciativas contribúen a crear un clima social propicio tanto ao desenvolvemento normativo dos textos legais pertinentes, como á reflexión colectiva sobre o desenvolvemento real destes dereitos.

3.3. DOCUMENTOS MÉDICO-LEGAIS: HISTORIA CLÍNICA, DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO E DE INSTRUCCIÓNS PREVIAS

No exercizo das súas funcións, o profesional médico debe deixar constancia da súa actividade por escrito no que se coñece como documentos médico-legais. Estes son definidos como

“actuaciones escritas que utiliza el médico en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o con cualquier persona” (Casado, 2008: 19).

Os documentos médico-legais existentes son múltiples. Os máis comúns son (a partir de Casado, 2008):

1. Partes. Documentos de corta extensión, mediante os que o médico informa as autoridades (xudiciais, administrativas ou sanitarias) dun determinado feito. Tipos:

- 1.1. Xudiciais. Teñen por obxecto informar as autoridades xudiciais de que se produciron unhas determinadas lesións consecuencia dunha acción tipificada no código penal.
 - 1.2. Sanitarios. Teñen por obxecto informar as autoridades sanitarias no marco da súa función de vixilancia epidemiolóxica.
 - 1.3. Laborais. Teñen como destinatarios as autoridades administrativas (parte médico de baixa, de alta, etc.)
2. Actas. Documentos que teñen como finalidade recoller por escrito un determinado acto médico.
 - 2.1. Acta de nacemento. O médico está obrigado a informar ao Rexistro Civil de que tivo lugar un nacemento.
 - 2.2. Acta de declaración de aborto. Tamén existe a obriga de informar de que tivo lugar un aborto.
 - 2.3. Acta de exhumación, mediante a que se establece a constancia da exhumación dun cadáver ou de restos humanos.
3. Certificados. Documentos mediante os cales o médico acredita un determinado feito.
 - 3.1. Certificado médico ordinario. Emprégase a existencia da Administración para certificar o estado de saúde dunha persoa, etc.
 - 3.2. Certificado de defunción. Documento que permite o enterramento dunha persoa falecida.
4. Historia Clínica. Documento no que quedan rexistrados todos os actos asistenciais que afectan a un determinado usuario.
5. Documento de Instrucións Previas. Documento no que unha persoa deixa constancia por escrito da súa vontade no caso de que se produza unha situación que non lle permita expresala persoalmente.
6. Documento de Consentimento Informado. Documento mediante o que se informa a un usuario do procedemento médico ao que vai ser sometido (en qué consiste, riscos, alternativas posibles, etc.).

Pola súa importancia para o usuario e polo seu peso na relación médico-usuario, abordaremos en maior detalle tres destes tipos de documentos, nomeadamente: a Historia Clínica, o documento de Consentimento Informado e o de Instrucións Previas. Nun segundo apartado, veremos con máis detalle o parte xudicial de lesións.

▪ A HISTORIA CLÍNICA

O Hospital manexa información da saúde dos cidadáns da súa contorna. Son datos confidenciais, do ámbito da intimidade, que deben ser custodiados coa dilixencia requirida. Principalmente, recóllense no documento coñecido como *historia clínica*, que pretende ser a depositaria única da información sanitaria de cada cidadán.

Na Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de Maio, do Consentimento Informado e da Historia Clínica dos pacientes, defínese a esta última como

Conxunto de documentos nos que se conteñen os datos, as valoracións e as informacións de calquera tipo sobre a situación e evolución clínica dos pacientes ó longo do seu proceso asistencial, así como a identificación dos médicos e dos demais profesionais que interviñeron neste (Décimo)

Os contidos da Historia Clínica serán, alomenos, os seguintes (Lei 3/2005, Undécimo):

- a) Datos suficientes para a axeitada identificación do paciente.
- b) Médico ou profesional responsable.
- c) Datos que identifiquen o proceso de atención sanitaria.
- d) Datos relativos ao proceso, que incluírán, como mínimo:
 - 1. Anamnese e exploración física²⁰.
 - 2. Ordes médicas.
 - 3. Folla de evolución e de planificación de coidados de enfermería.
 - 4. Evolución clínica.
 - 5. Informe sobre os procedementos diagnósticos ou terapéuticos e interconsultas realizadas.
 - 6. Informe de alta do episodio de atención ou folla de problemas en atención primaria.
 - 7. Documento de consentimento informado.
 - 8. Documento asinado de alta voluntaria.

Segundo se trate dun episodio con ou sen hospitalización, a documentación incorporada á Historia Clínica será distinta (Servicio de Documentación do Hospital Juan Canalejo, 1993):

²⁰ A anamnese equivale á etapa de entrevista médico-paciente.

a) Episodio sen hospitalización	b) Episodio con hospitalización
-Folla de anamnese -Folla de exploración física -Folla de evolución -Folla de interconsulta de Atención Primaria (pode substituír as anteriores). -Informes de laboratorio. -Informes de exploracións especiais. -Informes de alta. -Folla de inclusión no rexistro de pacientes en espera.	-Folla de anamnese -Folla de exploración física -Folla de evolución -Folla de interconsulta de Atención Primaria (pode substituír as anteriores). -Informes de laboratorio. -Informes de exploracións especiais. -Informes de alta. -Folla de inclusión no rexistro de pacientes en espera. -Folla estatístico-clínica. -Folla de ordes e tratamento. -Historia de enfermería. -Informes cirúrxicos. -Folla operación e folla anestesia. -Documento/s de Información e Consentimento. -Autorización de ingreso, se procede (por exemplo, ingresos no Servizo de Psiquiatría).

Táboa nº 57. Documentos que se integran na historia clínica.
 Fonte: Servizo de Documentación do Hospital Juan Canalejo. Elaboración propia.

A Lei 3/2001 establece que debe conservarse indefinidamente a seguinte información (Artigo 20.2):

- ☐ Informes de alta.
- ☐ Follas de consentimento informado.
- ☐ Follas de alta voluntaria.
- ☐ Informes cirúrxicos e/ou rexistros de parto.
- ☐ Informes de anestesia.
- ☐ Informes de exploracións complementarias.
- ☐ Informes de necropsia.
- ☐ Folla de evolución e de planificación de coidados de enfermería.
- ☐ Outros informes médicos.

- Calquer outra información que se considere relevante para efectos asistenciais, preventivos, epidemiolóxicos ou de investigación.
- A información daquelas historias clínicas nas que a conservación sexa procedente por razóns xudiciais.

O resto da información conservarase, como mínimo, até que transcorran cinco anos desde a última asistencia prestada ó paciente ou desde o seu falecemento (Art. 20.3).

O Servicio de Documentación Clínica Hospitalaria é quen se convirte en custodio das Historias Clínicas dos usuarios. A el correspóndelle custodiar a documentación clínica de cada doente; facilitar dita documentación clínica a Admisión para o seu traslado ás unidades asistenciais ou a estas directamente, cando o soliciten; controlar o cumprimento das normas dadas pola Dirección en materia de Documentación Clínica, a proposta da comisión correspondente e manter os rexistros necesarios para o seu emprego con fines asistenciais, docentes e investigadores.

Polo que respecta ao acceso á Historia Clínica por parte do usuario, este ten dereito de acceso á documentación da historia clínica e a obter copia dos datos que figuran nela, segundo se recolle na normativa vixente (Lei 3/2005, do 7 de marzo, de modificación da Lei 3/2001, do 28 de Maio; Lei 41/2002 de 14 de novembro).

Ademais, son dereitos do usuario en relación á súa historia clínica (Iraburu, 2006: 55)

- Rectificación de datos erróneos (art. 16 Lei Orgánica de Protección de Datos, LOPD).
- Cancelación: bloqueo de datos (art. 16 LOPD).
- Oposición: motivos fundados e lexítimos (art. 6.4 LOPD).
- Coñecer quen tivo acceso á súa Historia Clínica. (art. 15. 1 LOPD).
- Informe despois de cada proceso, certificados (art. 20 e 22 Lei 41/2002).
- Copia de todo, salvo datos confidenciais de terceiros e anotacións subxectivas do profesional se éste se opón (art. 18.3 Lei 41/2002).

Son obrigas do persoal médico, respecto da historia clínica:

- Acceder unicamente aos datos da historia clínica necesarios para un fin lexítimo.
- Extremar o coidado no emprego da HC (no caso de estar informatizada: non ceder claves, no deixar o programa aberto...)

Na actualidade estase a producir nas distintas Comunidades Autónomas españolas, a implantación da Historia Clínica Electrónica, que permite unha serie de vantaxes até o de agora imposibles de acadar:

1. A existencia dun único historial do paciente, accesible as 24 horas e os 365 días do ano polos profesionais dende calquera punto da rede sanitaria estatal.
2. Rexistro de todas as entradas ó historial que se produzan.
3. Separación de datos, de modo que aqueles que sexan especialmente sensibles – historia psiquiátrica, situación social, resultados xenéticos- só sexan visibles para determinados profesionais.

En Galicia, baixo o *Plan Ianus*, marcouse o ano 2010 como prazo para ter dixitalizadas a totalidade de historias clínicas nos hospitais e centros de Atención Primaria, así como para o emprego da *e-receita*. Na actualidade, segundo se indica dende a Consellaría de Sanidade, o 100% dos usuarios da poboación con dereito aos servizos sanitarios públicos de Galicia ten dixitalizada a súa historia clínica.²¹

▪ O DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (DCI)

O Consentimento Informado vén a representar a capacidade de autonomía do paciente respecto do exercizo médico sobre a súa saúde. Implica que o paciente ten dereito a decidir en última instancia sobre o seu propio corpo, unha vez teña sido informado sobre o diagnóstico, riscos e alternativas de tratamento. A nivel da comunicación médico-paciente, ten unha especial relevancia porque nel cristaliza legalmente o dereito do paciente a recibir información, a comprendela, a que poida resolver as súas dúbidas e a que poida, en consecuencia, decidir sobre a súa saúde.

Supón unha conquista no campo dos dereitos dos usuarios, que adoptan o rol de interlocutor do médico –debe haber información e un *feedback* ou resposta- afastándose da *cousificación* que conleva o modelo máis paternalista da relación médico-paciente.

Historicamente, é nos Estados Unidos, onde se produce o nacemento dos termos “consentimento informado”, concretamente na sentenza do caso *Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*, no ano 1957, fallada a favor do demandante porque o paciente non fora informado sobre os riscos e detalles do procedemento que ía a realizárselle.

“Tras sufrir una parálisis irreversible como consecuencia de una aortografía traslumbar realizada para estudiar la arterioesclerosis generalizada severa que padecía, Martín Salgo demandó al cirujano que se la indicó (Dr. Gerbode) y al radiólogo que se la realizó (Dr. Ellis) por negligencia profesional y por no haberle informado de que este riesgo existía (...) En la sentencia (...) el juez Bray (...) afirmaba lo siguiente: (...) Un médico viola sus obligaciones hacia su

²¹ “La brecha digital encoge”, *El Correo Gallego*, 08/05/08.

paciente y se expone a ser demandado si le oculta cualquier hecho que pueda ser necesario para fundamentar un consentimiento inteligente del paciente al tratamiento propuesto” (apud Simón, 2000: 54).

En España, o marco constitucional de 1978 e a Lei 26/1984, de 19 de xullo, xeral para a defensa dos Consumidores e Usuarios puxeron as bases do artigo 10 da Lei Xeral de Sanidade (14/1986), no que, entre outros dereitos que se lle recoñecen ó paciente, figura o do Consentimento Informado.

Posteriormente, xa nos principios básicos da Lei 41/2002, se recolle a obrigatoriedade dese Consentimento Informado de forma verbal en calquer circunstancia e de forma escrita nuns determinados supostos.

A normativa galega, nomeadamente a Lei 3/2005, define o Consentimento Informado como

o prestado libre e voluntariamente polo afectado para toda actuación no ámbito da súa saúde e unha vez que, recibida a información axeitada, valorase as opcións propias do caso. O consentimento será verbal, por regra xeral, e prestarase por escrito nos casos de intervención cirúrxica, procedementos diagnósticos e terapéuticos invasores e, en xeral, na aplicación de procedementos que supoñan riscos ou inconvenientes de notoria e previsible repercusión negativa sobre a saúde do paciente (Segundo).

Para comprender o Consentimento Informado, hai que ter en conta, en primeiro lugar, que non se trata dun feito puntual nin da sinatura dun documento específico, senón que se trata dun proceso informativo continuo enmarcado na relación médico-paciente. As principais características do consentimento informado son (Simón, 1999):

- 1) Trátase dun proceso e non dun acontecemento aillado no marco da relación sanitario-usuario. O consentimento informado perfecto é un proceso de encontro e diálogo entre o sanitario e o paciente, que abrangue dende o mesmo momento en que o sanitario entra en contacto co enfermo, até o instante en que se lle dá a alta definitiva.
- 2) O segundo elemento importante do consentimento informado é a voluntariedade. A coacción, a ameaza de que se un suxeito non consinte pode sufrir determinados danos directos ou indirectos pode ser unha forma de quebrar a voluntariedade.
- 3) Un terceiro elemento esencial é a información en cantidade suficiente. As áreas de información que hai que cubrir son:
 - As relativas á natureza e obxectivos do procedemento diagnóstico e terapéutico.
 - Riscos e efectos secundarios posibles.

- Alternativas plausibles.
 - Beneficios esperados dun e doutras.
- 4) Comprensibilidade da información. A linguaxe debe ser asequible e comprendida polo paciente.
 - 5) Capacidade ou competencia do suxeito. É moi importante ter en conta que, en principio, todo individuo é por definición competente e capaz, incluídos anciáns, enfermos mentais, adolescentes ou mesmo preadolescentes. Un individuo só pode ser considerado incapaz despois dunha avaliación a ese respecto.
 - 6) Decisión. Os sanitarios toleran mal o rexeitamento dos pacientes, pero se é un rexeitamento competente, voluntario e informado teñen que respectalo plenamente.

A información previa ó Consentimento do usuario debe cumprir, legalmente, unha serie de requisitos (Lei 3/2001, Artigo 8):

- A información será comprensible, continuada, razoable e suficiente.
- A información facilitarase coa antelación suficiente para que o paciente poida reflexionar e decidir previamente.
- A información será obxectiva, específica e axeitada ó procedemento, evitando os aspectos alarmistas que poidan incidir negativamente no paciente.
- A información deberá cubrir:
 - ☐ Identificación e descrición do procedemento.
 - ☐ Obxectivo deste.
 - ☐ Beneficios que se esperan acadar.
 - ☐ Alternativas razoables ó dito procedemento.
 - ☐ Consecuencias previsibles da súa realización.
 - ☐ Consecuencias da non realización do procedemento.
 - ☐ Riscos frecuentes.
 - ☐ Riscos pouco frecuentes, cando sexan de especial gravidade e estean asociados ó procedemento de acordo co estado da ciencia.
 - ☐ Riscos persoalizados de acordo coa situación clínica do paciente.

O Documento de Consentimento Informado debe conter, ademais da información do procedemento diagnóstico ou terapéutico a seguinte información (Artigo 10, Lei 3/2001):

- ☐ Identificación do centro.
- ☐ Identificación do procedemento.
- ☐ Identificación do paciente, representante legal, familiar ou achegado que presta o consentimento.
- ☐ Identificación do médico que informa.

- ☐ Consentimento do paciente ou do familiar, achegado ou representante legal que autoriza.
- ☐ Declaración do paciente de que coñece que o consentimento pode ser revogado en calquera momento sen expresión da causa de revogación.
- ☐ Lugar e data.
- ☐ Sinaturas do médico, paciente, familiar, representante legal ou persoa a el achegada.

A obriga de informar incúmbelle ó médico designado polo establecemento sanitario para a atención do paciente, sen prexuízo da que lles corresponda a tódolos profesionais dentro do ámbito da súa intervención.

Agora ben: ¿En qué circunstancias non é necesario o Consentimento Informado? Ou o que é o mesmo, ¿cales son os límites legais ao Consentimento Informado? Segundo o punto Noveno da Lei 3/2005, que modifica o Artigo 11 da Lei 3/2001, a renuncia do paciente a recibir información está limitada polo interese da saúde do propio paciente, de terceiros, da colectividade e das esixencias terapéuticas do caso.

Así, os facultativos poderán levar a cabo as intervencións clínicas indispensables en favor da saúde do paciente, sen necesidade de contar co seu consentimento, nos seguintes casos:

- a) Cando exista risco para a saúde pública a causa de razóns sanitarias establecidas pola lei e así se declare expresamente por acordo do delegado provincial da Consellería de Sanidade ou do director xeral de Saúde Pública se afectase a máis dunha provincia. En todo caso, unha vez adoptadas as medidas pertinentes, de conformidade co establecido na Lei orgánica 3/1986, do 14 de abril, de medidas especiais en materia de saúde pública, comunicaránselle á autoridade xudicial no prazo máximo de vinte e catro horas sempre que dispoñan o internamento obrigatorio das persoas.
- b) Cando exista risco inmediato grave para a integridade física e psíquica do paciente e non sexa posible acadar a súa autorización, consultando, cando as circunstancias o permitan, aos seus familiares ou ás persoas vinculadas a el.

Son consideradas situacións de outorgamento do Consentimento por substitución as seguintes (Cuarto, Lei 3/2005):

- a) Cando o paciente estea circunstancialmente incapacitado para tomar decisións, por criterio do médico responsable da asistencia, o dereito corresponderalles aos seus familiares ou ás persoas vinculadas de feito a el. No caso de familiares, darase preferencia ao cónxuxe ou, se é o caso, a quen teña a condición legal de parella de feito. No seu defecto, aos familiares de grao

máis próximo e dentro do mesmo grao aos que exerzan de coidadores ou, a falta destes, aos de maior idade.

b) Cando o paciente sexa un incapacitado legal, o dereito correspóndelle ao seu representante legal, que deberá acreditar de forma clara e inequívoca, en virtude da correspondente sentenza de incapacitación, que está legalmente habilitado para tomar decisións que afecten a persoa do incapaz.

Así mesmo, cando por criterio do médico responsable, o incapacitado reúne suficientes condicións de madurez, facilitaráselle a información axeitada á súa capacidade. A opinión deste será tomada en consideración como un factor que será tanto máis determinante en función da súa capacidade.

c) Cando o paciente menor de idade non sexa capaz intelectual nin emocionalmente de comprender o alcance da intervención, neste caso, o consentimento darao o representante legal do menor despois de escoitar a súa opinión se ten doce anos cumpridos. Cando se trate de menores non incapaces nin incapacitados, pero emancipados ou con dezaseis anos cumpridos, non cabe prestar o consentimento por substitución. Porén, no caso de actuación de grave risco, segundo o criterio do facultativo, os pais serán informados e a súa opinión será tida en conta para a toma da decisión correspondente.

No caso de que a decisión do representante legal sexa contraria aos intereses do menor ou incapacitado, deberán poñerse os feitos en coñecemento da autoridade competente en virtude do disposto na lexislación civil.

A necesidade por escrito do Consentimento Informado –en caso de intervención cirúrxica, procedementos diagnósticos e terapéuticos invasores e, en xeral, na aplicación de procedementos que supoñan riscos ou inconvenientes de notoria e previsible repercusión negativa sobre a saúde do paciente– require da existencia duns formularios, os Documentos de Consentimento Informado, que o paciente debe asinar se accede a ditas actuacións médicas.

Aquí é onde se introducen os debates sobre a cantidade de información que debe figurar nestes documentos.

“Los formularios de consentimiento informado deberían servir de recordatorio abreviado de las explicaciones dadas por el profesional al paciente, para que pueda meditar su decisión con calma” (Iraburu, 2005: 81).

Polo tanto, a lexibilidade do documento, así como a posibilidade de ter un tempo de lectura tranquila e de reflexión son dous factores que deben terse en conta cando se lle proporciona ó paciente o Documento de Consentimento Informado.

Segundo a investigación levada a cabo por Rubiera et al. (2003) en base ós formularios de Consentimento Informado empregados na Rede Sanitaria pública de Asturias, un 96,5% dos formularios ten unha lexibilidade baixa co índice de Flesch, é dicir, están escritos con frases e palabras longas. Estes resultados indicarian que a maioría dos DCI que se empregan nos hospitais de Asturias son difíciles de ler para o cidadán medio. Non obstante, obteñen mellores resultados segundo o índice de complexidade oracional e de lexibilidade integrada²², o que lles permite afirmar que:

“una cuarta parte de los DCI utilizados en los hospitales de Asturias no están cumpliendo la función para la que fueron diseñados, que es la de facilitar la información que el médico presta al paciente y mejorar la calidad de la atención” (Rubiera et al., 2003: 155).

Baseándonos en Simón (2000: 431-436), proporcionamos unha serie de consellos de utilidade para a redacción dos Documentos de Consentimento Informado:

1. Facerse unha idea das cuestións nucleares do procedemento que o paciente desexaría con probabilidade coñecer. Recompilar información relevante sobre a forma en que se fai, os efectos secundarios máis habituais, as molestias, a efectividade, etc.
2. A información recollida debe dar resposta a:
 - Obxectivos.
 - Forma en que se realiza: en qué consiste.
 - Beneficios agardados.
 - Molestias, riscos e efectos secundarios posibles, incluídos os derivados de non aplicar o procedemento.
 - Alternativas posibles, cos seus problemas, xunto cunha breve explicación dos motivos polos que escolle un procedemento e non os alternativos.
 - Disponibilidade de ampliación de información, se o doente o desexa.
 - Liberdade total de retirar o consentimento cando o paciente o desexe e sen ter que dar explicación algunha.

²² Os índices aplicados no estudo constitúen tres sistemas cuantitativos de medición da lexibilidade dun documento.

3. Realizar un primeiro borrador do documento, tendo en conta as seguintes recomendacións:

- Organizar os contidos por epígrafes.
- Escribir con frases curtas. Non empregar subordinadas.
- Escribir con palabras sinxelas:
 - Evitar o uso de tecnicismos (empregar expresións simples e populares).
 - Evitar expresións probabilísticas numéricas, é mellor explicalo con palabras e frases (“de cen persoas ás que se lle fai isto, dúas poden atoparse con este problema”).
- Se é posible, incluír debuxos.
- Propiciar unha estrutura iconográfica atractiva: empregar varios tipos e tamaños de letra, caixas de texto, símbolos, etc.
- En condicións ideais, a parte informativa non debería ocupar máis dunha carilla e media de folio, e estar escrita cun corpo de letra non inferior a 12.

4. Avaliar a lexibilidade do texto.

- Pedindo opinión a profesionais da mesma especialidade.
- Analizar a lexibilidade estrutural do texto (palabras curtas, frases curtas, frases sinxelas).
- Revisar a lexibilidade terminolóxica para descubrir tecnicismos.
- Analizar o texto “plano”, sen aplicación de ningún tipo de formato, para localizar texto sobranter, que non aporta información.
- Remitir o texto ó comité asistencial de ética.
- Maquetado final. Coidar o proceso de copiado para garantir a visibilidade final. Para iso, as copias deben facerse sempre do orixinal.

A Lei 3/2001 establece asimesmo a creación dunha Comisión de Consentimento Informado²³, coas seguintes funcións (Artigo 12):

- a) Revisión, actualización e publicación periódica dunha guía de formularios de referencia recomendados de consentimento informado.
- b) Coñecemento da implantación dos formularios de referencia de consentimento informado.
- c) Prestación do asesoramento necesario ós órganos da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais e do Servizo Galego de Saúde nas materias relacionadas coas súas funcións.
- d) Valoración, selección e expurgación da documentación clínica.
- e) Todas aquelas que lle atribúan normas de carácter legal ou regulamentario.

²³ Órgano creado polo Decreto 247/2002, do 18 de Xullo, polo que se determina a constitución, composición e funcións da Comisión de Consentimento Informado.

Dende o noso punto de vista, o Departamento de Comunicación do hospital, co apoio oportuno por parte dos servizos e médicos especialistas, pode desempeñar un rol moi útil na adaptación do deseño dos Documentos de Consentimento Informado, tendo en conta que:

- Os seus profesionais están acostumados a divulgar e, polo tanto, a traducir información e terminoloxía médica a un rexistro accesible para a poboación lega na materia.
- Os seus profesionais son técnicos en comunicación, polo que coñecen as regras de presentación e deseño visual dos documentos para que resulten claros, accesibles e atractivos.
- O Gabinete pode servir como nexo de unión ou arquivo do conxunto de formularios de consentimento informado que se empreguen no hospital, para darlles un formato común de acordo coas normas de identidade visual corporativa.

▪ O DOCUMENTO DE INSTRUCCIÓNS PREVIAS

Nesta liña de avance na autonomía e prevalencia no criterio do paciente, créase o documento de Instrucións Previas, que lle permite ao paciente anticipar a súa vontade sobre o tratamento da súa saúde ou do seu corpo en caso de falecemento, por se chega un momento en que non pode facelo.

Polo documento de instrucións previas, unha persoa maior de idade, capaz e libre, manifesta anticipadamente a súa vontade, co fin de que esta sexa cumprida no momento no que chegue a situacións nas que polas circunstancias non sexa quen de expresala persoalmente, sobre os coidados e o tratamento da súa saúde ou, unha vez chegado o falecemento, sobre o destino do seu corpo ou dos seus órganos (Lei 3/ 2005, Terceiro).

Os requisitos para que estas Instrucións Previas teñan validez legal son (Art. 5, Lei 3/2001, modificado pola Lei 3/2005):

- O outorgante será unha persoa maior de idade, capaz e libre.
- O contido de ditas instrucións previas debe adecuarse ó ordenamento xurídico vixente (p. ex. En España, non se pode solicitar a eutanasia activa).
- As instrucións previas tampouco poden contradicir a boa práctica profesional.
- As circunstancias do enfermo deben coincidir con algún dos supostos plantexados por el no momento en que determinou as súas preferencias.
- Unha vez redactado, o documento debe ser ratificado por tres testemuños maiores de idade e con plena capacidade de obrar, dos cales dous, alomenos, non poden ter

relación de parentesco até segundo grao nin estar vinculados por relación patrimonial co outorgante.

Outra posibilidade é facelo ante notario.

En xaneiro de 2008, aprobouse en Galicia a creación do Rexistro de Instrucións Previas²⁴, encargado de inscribir os documentos de instrucións previas, así como a súa substitución ou revogación. É ademais quen custodia os documentos inscritos; facilita o coñecemento da existencia do Documento de Instrucións Previas ás e aos profesionais responsables da asistencia sanitaria e, ademais, garante a coordinación co Rexistro Nacional de Instrucións Previas.

Tal e como se establece no Artigo 3 do Decreto 259/2007, polo que se crea o Rexistro galego de Instrucións Previas, éste cumpre as seguintes funcións

- a) Inscribir os documentos de instrucións previas, así como a súa substitución ou revogación.
- b) Custodiar os documentos inscritos.
- c) Facilitar o coñecemento da existencia do documento de instrucións previas aos profesionais responsables da asistencia sanitaria.
- d) Facilitar o acceso e consulta dos documentos de instrucións previas ás persoas autorizadas, así como expedir certificacións e copia deles.
- e) Garantir a coordinación co Rexistro Nacional de Instrucións Previas.

3.3.1. O PARTE XUDICIAL DE LESIÓN

O parte xudicial de lesións constitúe un instrumento da relación entre a profesión médica e a Administración de xustiza, mediante o cal o profesional médico informa ás autoridades xudiciais da existencia dunhas determinadas lesións nun usuario a consecuencia dunha acción que pode estar tipificada no Código Penal.

Ao longo deste breve repaso xurídico da información ó paciente, subliñouse en diversos momentos o carácter “especial” dos datos e da información sobre a saúde dunha persoa, uns datos que pertencen ao ámbito da intimidade da persoa e que son, polo tanto, confidenciais. Este dereito do paciente ten o seu fundamento legal nos seguintes textos xurídicos:

²⁴“Créase o Rexistro Galego de Instrucións Previas sobre Tratamento da Saúde”, Xornal.com, 17/01/2008.
Disponible en <http://www.xornal.com/article.php?sid=20080117085444&vote=4> [18/01/2008].

- No artigo 18 da CE, que garante o “dereito á honra, á intimidade persoal e familiar e á propia imaxe”.
- Na Lei Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Persoal, que considera os datos relativos á saúde como “especialmente protexidos” (Art. 7.3).
- Na Lei 41/2002, artigo 7.1.

O deber de manter a confidencialidade de dita información figura tamén no Código Deontolóxico da Profesión Médica (1999), no que se coñece como “segredo médico”, segundo o cal:

El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que haya conocido en su ejercicio profesional (Art. 14.3).

Non obstante, a deontoloxía médica reconece unha serie de excepcións á aplicación do segredo profesional, concretamente nos seguintes casos (Art. 16.1, Código Español de Ética e Deontoloxía Médica, 1999):

- a) Por imperativo legal.
- b) Nas enfermidades de declaración obrigatoria.
- c) Nas certificacións de nacemento e defunción.
- d) Se co seu silencio dera lugar a un perxuizo ao propio paciente ou a outras persoas; ou a un perigo colectivo.
- e) Cando se vexa inxustamente perxudicado por causa do mantemento do segredo dun paciente e este permite tal situación.
- f) Cando compareza como denunciado ante o Colexio ou sexa chamado a testemuñar en materia disciplinaria.
- g) Cando o paciente o autorice. Porén, esta autorización non debe perxudicar a discreción do médico, que procurará sempre manter a confianza social cara á súa confidencialidade.

A estas habería que engadir aquelas que derivan da Lei de Enxuízamento Criminal de 1982, na que se recollen as seguintes obrigas:

- a) “el que presenciare la perpetración de cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del Juez de Instrucción, de Paz...” (Art. 259).
- b) “aquellos que por razón de su cargo, profesión u oficio, tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente...” (Art. 262).
- c) “si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera, consistiere en lesiones, los médicos que asistieren al herido, están obligados a dar parte de su estado y su adelanto en los periodos que se les señalen, e

inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor” (Art. 365).

Isto quere dicir que a asistencia a un paciente, consecuencia dunha acción contra a súa saúde que poida estar tipificada no Código Penal (sexa considerada por tal como delito ou falta), imputable directa ou indirectamente a unha terceira persoa, debe ser comunicada polo médico ao xuíz de garda.

Casos que implicarían esta actuación poderían ser:

- ☐ Agresións.
- ☐ Accidentes de tráfico, laborais ou deportivos.
- ☐ Atropelos.

Nestas situacións, o médico cubriría o parte de lesións, que consta das seguintes informacións²⁵:

- Datos do paciente:
 - Nome e apelidos.
 - Idade e sexo.
 - DNI.
 - Domicilio.
 - Teléfono.
 - Lesións observadas.
 - Causa das lesións declarada (polo paciente/familiar/acompañante).
 - Onde ocorreron os feitos e as súas circunstancias.
- Datos do prestador do servizo sanitario:
 - Nome do médico e número de colexiado.
 - Centro asistencial.
- Datos da asistencia médica:
 - Prognóstico inicial.
 - Tempo que durou a asistencia.
 - Necesidade de continuación da asistencia.
 - Secuelas ou incapacidades que presenta ao ser alta.
- Outros:
 - Data e Hora.

²⁵No Anexo 2, inclúese un parte de lesións empregado no Hospital Clínico do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago.

Sinatura do médico.

Unha copia do parte enviarase ao xulgado, outra incorporarase á Historia Clínica. Tendo en conta o art. 18.1. da Lei 41/2002, segundo o cal, o usuario ten dereito a ter copia dos datos que figuran na súa historia clínica, unha terceira copia debería entregárselle ao usuario.

4. A RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. TIPOLOXÍAS. PROPOSTA DE CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DO NIVEL DE INFORMACIÓN DESEXADA E PROPORCIONADA

4.1. QUÉ SE ENTENDE POR RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

A relación entre o médico e o paciente é considerada o celme da actividade asistencial (Láin Entralgo, 2003:19).

Porén, a denominación quedou para algúns autores bastante anticuada, pois nin dun lado está só o médico, nin do outro só o enfermo (que por outra parte, xa non desempeña por sistema o rol de *paciente*), optando polos termos “relación clínica” ou “relación sanitaria”, que evitan os persoalismos.

“se ha criticado el hecho de concebir la relación como bipolar pues en ella no intervienen dos únicos elementos sino también las llamadas terceras partes: familia, amigos, relaciones laborales, administración del hospital, asistentes sociales, psicólogos, consejeros espirituales, la sociedad misma personificada por el juez en caso de conflicto” (Lázaro; Gracia, 2003: 26).

Aceptando a existencia de tales matices, hai dous factores que non deben obviarse:

1. O *grosso* da literatura científica empregou e continúa a empregar a terminoloxía “relación médico-paciente”.
2. Respecto do rol do médico, con respecto a outros profesionais sanitarios e non sanitarios que entran a formar parte desa relación –caso clarísimo do hospital- segue sendo o profesional médico quen ten a misión informativa máis importante: ningún outro profesional pode proporcionarlle ó doente información sobre a súa enfermidade, diagnóstico e pronóstico. É o médico, ademais, quen debe solicitar o seu consentimento informado ou quen lle pode outorgar a alta a un paciente.

No presente apartado, mantemos pois a terminoloxía tradicional (relación médico-paciente), aínda que como xa quedou recollido previamente, preferimos o emprego do termo “usuario” en vez do de “paciente”, para non incorporar na propia denominación unha actitude pasiva que non é inherente ó feito de requirir axuda médica, sen menoscabo da importancia da familia do usuario e doutros profesionais sanitarios e non sanitarios nesta relación.

A relación médico-paciente baséase no encontro, no marco dun sistema sanitario determinado, entre o profesional médico e o usuario do servizo que dito profesional presta. A finalidade obxectiva da relación é a de conseguir avaliar, restablecer ou vixiar a saúde do usuario, o que implica que é unha relación motivada de cara a conseguir unha meta común. Nesa medida, debера ser sempre unha relación de respecto (como toda relación entre persoas), de cooperación (de poñer medios por ambas partes para lograr ese obxectivo compartido) e de confianza (o usuario debería confiar tanto nos saberes da medicina occidental, como nos coñecementos que posúe o profesional da medicina que o atende, como na privacidade que preside os encontros). O propio termo “relación” é definido como “conexión, correspondencia, trato, comunicación de alguén con outra persoa” (segundo a Real Academia Española).

Seguindo as reflexións de Laín Entralgo (1983), a relación médico-enfermo non debe ser unha relación suxeito-obxecto, nin unha díada (unión interpersoal), senón que se trata dunha cuasi-díada, caracterizada por ser relación de axuda, de consello, de educación e de asistencia médica.

Laín Entralgo (1983) distingue cinco momentos principais na relación médico-paciente:

1. O fundamento da relación médica. A relación médica ten un fundamento xenérico e un fundamento específico. O fundamento xenérico é un home que presta axuda a outro. O fundamento específico vén dado polas coordenadas histórico-sociais e técnicas.
2. O momento cognoscitivo, que toma forma no diagnóstico.
3. O momento operativo, que se concreta no tratamento.
4. O momento afectivo, que se corresponde coa *transferencia*.
5. O momento ético-relixioso, concretado no compromiso moral do médico.

Herdeiros do marco conceptual da psicoloxía humanista e da Terapia Centrada no Cliente (desenvolvida inicialmente por Carl Rogers na década dos 40), Cibanal et al. (2003), así como Bermejo (1996) entenden que se trata dunha relación de axuda, na que comparecen o axudante (o profesional sanitario) e o axudado (cliente). O concepto de “relación de axuda”, tamén denominado “counselling”, entende a relación médico-usuario, como aquela na que o usuario é o condutor da súa situación, mentres que o médico é un facilitador, alguén que lle axuda a conseguilo:

“Entendemos por *relación de ayuda* un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, uno de los interlocutores (en nuestro caso el profesional de la salud) captará las necesidades del otro (usuario, paciente, cliente), con el fin de ayudarle a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a la situación actual” (Cibanal et al, 2003: 117).

Son elementos clave do ‘counselling’, os seguintes (Bimbela Pedrola, 2007):

1. O obxectivo final é mellorar a saúde do usuario.

2. O obxectivo intermedio é coidar o profesional.
3. O método consiste na adquisición de habilidades e coñecementos para a relación profesional-usuario especialmente en situacións de angustia ou de estrés por unha ou por ambas partes.
4. Protagonistas: a) o profesional, facilitando coñecementos, alternativas, ferramentas, técnicas, entrenamiento; b) o usuario, conducindo o seu propio proceso, os seus cambios comportamentais e o logro da súa saúde.
5. Ideas marco asociadas: a) a saúde como dereito, non como obriga; b) a saúde como proxecto para e por a persoa; c) canto máis comfortable estea o profesional, mellor poderá coidar os usuarios.

Este enfoque céntrase en axudar o paciente dende unha perspectiva global, prestando especial atención ás súas necesidades psicosociais. O profesional ten que estar entrenado en habilidades sociais e comunicativas para poder desempeñar este rol tan completo de axudante, que abranguería as seguintes funcións (Cibanal et al., 2003):

- Ser unha persoa a quen se pode recorrer, é dicir, unha persoa que lle proporciona información, escoita a súa demanda e tenta darlle resposta.
- Ser para o cliente como un “espello”, gracias a esta actitude de respecto, de interese, de empatía, de escoita activa e de *feedback*, o cliente pode ver claramente máis perspectivas para abordar o problema.
- Desempeñar o rol de acompañante. No traballo de exposición do problema, na aceptación da expresión dos sentimentos, afín de coñecer como o cliente percibe a súa situación e así poder axudalo.
- Rol de substituto (pai, nai...), con quen o cliente pode confiarse agardando ser escoitado e comprendido.
- Ser conselleiro en determinadas situacións. Principalmente, nas situacións de crise nas que o cliente é incapaz de ver e facer fronte ao problema.
- Desempeñar un rol de prevención. O profesional facilita o cliente a posibilidade de diminuír a súa ansiedade ou angustia e, por conseguinte, o que pode dimanar da mesma.

A relación médico-paciente posúe dúas compoñentes: unha de tipo humano e outra de tipo técnico. Calquera análise que ignore un dos dous aspectos –o diagnóstico ou o de encontro social- será reducionista (Borrell, 2007). A suma do bo trato, por unha banda, e do acerto diagnóstico, pola outra, serían o ideal do encontro para ambos interlocutores.

Acerto diagnóstico (parte técnica) + Trato persoal adecuado = Relación Médico – Paciente satisfactoria

Esquema nº 36. Factores que interveñen nunha relación médico-paciente satisfactoria.
Elaboración propia.

Por outra banda, en función do contexto que enmarque dita relación, varían as esixencias respecto da parte técnica e humana da relación. Ben na consulta médica (de Atención Primaria ou Especializada), ben no ingreso hospitalario, o usuario atópase co médico nunhas circunstancias moi diferentes, por canto a:

- Habitualidade. A consulta co médico de Atención Primaria é relativamente habitual, dado que os encontros son continuos ao longo do tempo. O sistema sanitario español está pensado para que a Atención Primaria sexa a inicial receptora dos problemas de saúde da comunidade, de modo que os cidadáns adoitan coñecer e ter maior confianza co médico de cabeceira²⁶. A consulta a un médico especialista adoita ser máis aillada no tempo: pode haber un motivo específico de consulta, ou pode deberse a un chequeo anual con algúns especialistas (oftalmólogo, dentista, xinecólogo, urólogo, etc). Co médico especialista, en función de se é a primeira vez que o trata ou non, pode haber un grao medio ou baixo de confianza médico-paciente. A relación médico-usuario durante o ingreso hospitalario é un encontro menos habitual pero máis intenso (prodúcense varios encontros en días consecutivos).
- Nivel de incertidume. Cando unha persoa acode á consulta de Atención Primaria, como xa coñece o centro de saúde, o médico de cabeceira e se os síntomas xa son coñecidos (caso dunha enfermidade común), o nivel de incertidume do usuario é baixo. Na consulta co especialista, se é unha revisión, *a priori* tamén é un nivel baixo de incertidume (a non ser que o usuario teña sospeitas de que padece algunha enfermidade grave, p. ex. un cancro). O usuario que vai ser hospitalizado, pola contra, terá un maior grao de incertidume ante o que lle vai ocorrer durante os días de estadia no hospital; a isto se engade que descoñece o entorno e os profesionais sanitarios que o tratarán.
- Grao de control. Mentres o usuario hospitalizado atópase en situación de dependencia absoluta, o usuario que acode a unha consulta médica pode tomar

²⁶ A campaña desenvolvida en 2008 polo Sergas baixo o lema *Démoslle vida á Atención Primaria* constitúe un claro exemplo da busca dunha maior visibilidade da Atención Primaria como receptora e filtro inicial das consultas médicas.

decisións sobre a súa situación: facerlle caso ao médico, tomar ou non a medicación, consultar a opinión doutro médico, etc.

	Consulta Médica		Ingreso Hospitalario
	Atención Primaria	Atención Especializada	
Frecuencia	Encontros periódicos continuos (gripe, indigestión, dor de cabeza, etc.)	Encontros esporádicos (ex. unha vez ó ano: revisión ocular, xinecolóxica, etc.)	Encontro intensivo (días de ingreso)
Nivel de incertidume	Incertidume baixa	<ul style="list-style-type: none"> Revisión: Incertidume baixa Consulta: Incertidume media 	Incertidume alta
Grao de control	Medio-alto	Medio-baixo	Baixo

Táboa nº 58. Diferencias nos encontros médico-paciente segundo o marco asistencial dende a óptica do usuario. Elaboración propia.

Estes aspectos poden condicionar a predisposición do médico e sobre todo do paciente, aínda que os principios que deben guiar a relación, para que esta sexa adecuada ás expectativas do médico e do paciente, son os mesmos (Laín Entralgo, 1983; Cibanal et al., 2003; Cléries, 2006; Borrell, 2007):

- **Confianza mutua.** O usuario debería confiar no médico que o atende. O médico ten que darlle confianza ó usuario para que éste lle conte a súa percepción da enfermidade e as súas preocupacións.
- **Trato respectuoso e próximo.** Médico e usuario trataranse con respecto. O médico tentará ser próximo co paciente para que éste non o vexa como alguén distante, a quen non lle importa en absoluto o que lle pasa ou que non o escoita, senón como alguén con quen pode falar e expresar a súa opinión e alguén a quen lle importa o que lle pasa.
- **Sen xulgar.** O médico evitará xulgar as experiencias que lle narre o paciente, o que non quita que lle aconselle naqueles hábitos de saúde que o usuario deba modificar.
- **Transparencia informativa.** Médico e usuario evitarán ocultarse información. O médico, por canto a diagnóstico e prognóstico, terá en conta os dereitos informativos do usuario. Promoverá que lle realice preguntas. O usuario non gardará para si sucesos ou síntomas, nin as súas sospeitas do que lle pasa.

- Actitude de colaboración. O médico e o usuario deberán ter unha predisposición a traballar conxuntamente a prol da saúde do paciente, polo que conviría unha actitude de colaboración por ambas partes.

4.2. TIPOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. PROPOSTA DE CLASIFICACIÓN

Por canto á tipoloxía da relación que se establece entre médico e usuario, por facer unha revisión das reflexións aportadas a este respecto, podemos dicir que a relación médico-paciente tense abordado dende diferentes perspectivas, entre elas²⁷:

1. Psicoanalítica: Teoría da *transferencia* e *contratransferencia* na relación médico-paciente.

Autores: Balint.

Insiste na necesidade do encontro entre medicina e psicoanálise.

A *transferencia* é un fenómeno universal que tamén acontece nas relacións terapéuticas non psicoanalíticas, como na relación médico-paciente, na que, debido ó significado da enfermidade, o medo ante a morte e o rol tan especial que ten asignado o médico na nosa cultura, prodúcese unha situación que favorece a reactivación de condutas infantís, sobre todo as relativas á competencia polo afecto dos demais, os enfados esaxerados, etc.

A *contratransferencia* implica que temas básicos de preocupación dos enfermos como o medo a morrer, ó deterioro físico, á dor espertan no médico emocións propias da súa condición de ser humano exposto a riscos semellantes.

2. Modelo de roles:

Autor: Parsons (1951).

Socioloxicamente, agárdanse unha serie de comportamentos derivados do rol de enfermo²⁸ e do de médico:

²⁷ Son moitos os autores que teñen abordado esta temática de xeito que cada un propón un modelo de relación entre médico e paciente. No repaso que segue, non están todos os autores que abordaron a materia, pero si os máis destacados. A síntese que se expón procede das seguintes fontes: Vidal i Benito (2006), Rodríguez Marín (1995), Northouse e Northouse (1998), Roter e Hall (1993) e Emanuel e Emanuel (1992).

²⁸ Parsons non distingue entre o rol de enfermo e o de paciente.

	Paciente	Médico
Estatus	Rol de Enfermo	Rol de profesional
Expectativas comportamentais	-Estar motivado para poñerse ben. -Buscar axuda técnica competente -Confiar no médico. -Aceptar a asimetría da relación.	-Actuar para o benestar do paciente. -Guiarse polas regras da conduta profesional. -Aplicar os seus coñecementos e destreza para resolver o problema de saúde. -Ser obxectivo e non implicarse emocionalmente co paciente.
Privilexios de estatus	-Exención da execución doutros roles. -Exención de responsabilidade polo seu estado.	-Acceso á intimidade física e psíquica do doente. -Autonomía. -Dominancia profesional.

Táboa nº 59. Concepción da relación médico-paciente segundo Parsons.
Elaboración propia.

3. Modelo segundo o grao de participación:

Autores: Szasz e Hollender (1956).

En función da actitude e nivel de proactividade de médico e de doente, distinguen:

Niveis	Médico	Paciente	Aplicación clínica
Actividade-pasividade	Fai algo ó paciente.	Receptor (incapaz de responder)	Anestesia, trauma agudo, etc.
Guía-cooperación	Dille ó paciente o que ten que facer.	Cooperador (obedece)	Proceso infeccioso agudo, etc.
Participación mutua	Axuda o paciente a axudarse a si mesmo	Participante	Enfermedade crónica, etc.

Táboa nº 60. Concepción da relación médico-paciente segundo Szasz e Hollender.
Elaboración propia.

4. Interaccional:

Autor: Leary (1955). Plantexa un modelo de interacción humana recíproca. Dita interacción actúa sobre dous eixos:

1. Dominación - Sometemento. Postula que adoptar unha destas actitudes determina na outra persoa a asunción da contraria.
 - 2- Amor – Odio. Asumir unha destas actitudes estimula no interlocutor outra de igual signo.
- En resumo, cando o médico ou outro membro do equipo de saúde actúa dun modo autoritario ou paternalista, estimula no paciente actitudes de pasividade e sometemento. En cambio, no que ós afectos se refire, o bo trato estimula respostas amables e o maltrato, respostas agresivas.

5. Dende os postulados da Bioética:

5.a. Autor: Veatch (1972). Propuxo catro modelos de relación médico-paciente:

Tipo de relación	Características
Técnico-Enxeñeiro	Os médicos son científicos que proporcionan información obxectiva e danlle solucións técnicas ós pacientes con pouca ou ningunha consideración cara ás súas preferencias ou eleccións que reflicten os seus valores ou crenzas.
Sacerdotal	Os médicos son competentes tanto no que respecta á medicina científica como cos valores e crenzas persoais de maneira que lle axuda a escoller entre as opcións de tratamento.
Colexial	Médico e doente son amigos. Trátanse con lealdade, mutua estima e honestidade.
Contractual	Médico e paciente son dous homes de negocios buscando beneficio a través da súa relación.

Táboa nº61. Concepción da relación médico-paciente segundo Veatch.
Elaboración propia.

5.b. Autores: Emanuel e Emanuel (1992).

Tipo de relación	Características
Paternalista	O médico utiliza os seus coñecementos para determinar a situación clínica do doente, a fase do seu proceso morboso e para elixir qué probas diagnósticas e tratamento son os máis axeitados ó obxecto de restaurar a saúde do paciente ou calmar a súa dor. O médico proporcionalle ó paciente unha información xa seleccionada que conducirá a consentir a intervención que, segundo o médico, é a mellor.
Informativa	O médico proporciona toda a información relevante, en termos técnicos, para que o paciente poida elixir a intervención que desexe, e que o facultativo levará a cabo; polo tanto este modelo concibe a autonomía do paciente como o control do mesmo sobre a toma de decisións médicas. É obriga do médico facilitarlle ó paciente todos os datos dispoñibles, pero é o paciente, dende os seus valores, quen determine qué terapéutica se lle debe aplicar.
Interpretativa	O médico axúdalle ó paciente a determinar os seus valores e qué é o que realmente desexa nese momento para levalo así a elixir, dentro de todas as intervencións médicas dispoñibles, aquelas que satisfagan os seus valores. Segundo este modelo, os valores non son sempre fixos nin coñecidos por el. Por conseguinte, é tarefa do médico axudarlle a interpretalos (axúdalle a comprendelos e a valerse deles no contexto médico). A autonomía do paciente concíbese como unha autocompreensión, chegando a coñecer máis claramente quen é e cómo as distintas opcións médicas afectan a súa identidade.
Deliberativa	O médico axuda o paciente a elixir, entre todos os valores relacionados coa súa saúde e que poidan desenvolverse no acto clínico, aqueles que se consideren os mellores. O médico toma o papel de mestre e/ou amigo e a autonomía se concibe como autodesenvolvemento moral do paciente, onde éste está capacitado non só para seguir valores establecidos, senón tamén para analizar a través do diálogo os distintos valores relacionados coa saúde, a súa importancia e as súas indicacións no tratamento.

Táboa nº62 . Concepción da relación médico-paciente segundo Emanuel e Emanuel (1992).
Elaboración propia.

6. Dende a perspectiva do control

6.a. Autores: Byrne e Long (1976). O reparto de autoridade asígnase como segue:

- a) Relación centrada no profesional. Neste tipo de relación o médico ignora os intentos do paciente para discutir outros problemas, e trata de establecer unha conexión entre o problema inicial exposto polo paciente e algún trastorno orgánico.
- b) Relación centrada no paciente. O rol do médico é menos controlador, formulando preguntas de resposta aberta que lle permiten ó paciente dar máis información e introducir respostas que poden ser pertinentes, evitando usar xerga médica e permitindo que o paciente participe na medida do posible na toma de decisións.

6.b. Autores: Roter e Hall (1993). As formas típicas de control na relación médico-paciente son as seguintes: paternalista, clientelista, de mutualidade e ausente.

Tipo de relación	Características
Paternalista	<ul style="list-style-type: none"> - Alto control por parte do médico e baixo control polo paciente. - O médico domina a toma de decisións respecto da información e servizos, aínda que se supoña que son decisións tomadas para conseguir os beneficios máximos para o paciente. O paciente colabora co médico e fai o que éste lle diga que faga. - É a forma máis tradicional de relación entre médico e paciente, e todavía se considera como a máis común. É a que se axusta máis ó modelo de Parsons.
Clientelista	<ul style="list-style-type: none"> - Invértase a relación de poder. Alto control por parte do paciente e baixo control por parte do médico. - O paciente pide que o profesional lle proporcione información e servizos técnicos. Este tipo de relación redefine a consulta médica como unha transacción de mercado. - O poder reside fundamentalmente no paciente (cliente, comprador), que é quen decide comprar (solicitar o coidado) ou non.
De mutualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Alternativa moderada respecto dos outros dous tipos mencionados. - Aquí cada un dos participantes aporta as forzas e recursos de que dispón. As decisións son o froito do que se considera un encontro entre iguais.
Ausente	<ul style="list-style-type: none"> - Este tipo de relación caracterízase por unha total ausencia de control tanto polo paciente como polo médico. Reflicte unha situación na que se produciu unha parálise na acción.

Táboa nº 63. Concepción da relación médico-paciente segundo Roter e Hall (1993).
Elaboración propia.

Nunha gran parte destas tipoloxías e categorías, a información é un elemento que contribúe a configurar un determinado tipo de relación entre médico e paciente, xa que o posicionamento de maior poder ou control do profesional médico deriva do seu grao de coñecemento (do seu nivel de información) sobre a enfermidade e a mellor maneira de evitala ou de curala.

Autor/es	Perspectiva	Categorías	Importancia da información
Balint	Psicoanálise	Transferencia/ Contratransferencia	Baixa
Parsons	Sociolóxica	Rol de Profesional/ Rol de Enfermo	Alta
Sazs; Hollender	Participación	Actividade/Pasividade Guía/Cooperación Participación mutua	Alta
Leary	Interaccional	Dominación-Sometemento Amor-Odio	Baixa
Veatch	Bioética (principios éticos prioritarios)	Técnico-Enxeñeiro Sacerdotal Colexial Contractual	Alta
Emanuel; Emanuel		Paternalista Informativa Interpretativa Deliberativa	Alta
Byrne; Long	Control/ Poder	Centrada no profesional Centrada no paciente	Alta
Roter; Hall		Paternalista Clientelista Mutualidade Ausente	Alta

Táboa nº 64. Síntese de propostas de clasificación da relación médico-paciente.
Elaboración propia.

Cléries (2006) propón como modelo ideal de relación o Modelo Profesional-Consultante, caracterizado por:

- Actividade asistencial como encontro de expertos, o profesional experto en coñecementos e o consultante experto na súa vivencia de enfermarse.
- A situación do consultante é sistémica, en interacción co profesional, co sistema asistencial e coa sociedade.
- Profesional e consultante colaboran conxuntamente para afrontar o problema de saúde.
- Profesional e consultante considéranse interdependentes no proceso asistencial.
- O encontro asistencial baséase nunha relación de diálogo entre profesional e consultante.

Centrándonos como elemento distintivo no nivel de información proporcionada ó usuario por parte do médico e no grao de desexo e de interese pola información que manifeste o paciente, propoñemos a clasificación seguinte:

Nivel de información proporcionada o usuario			
Desexo de información por parte do usuario	Alto	Medio	Baixo
Alto	Proactividade informativa (Negociación / Clientelismo)	Pasividade informativa	Anulación
Baixo	Vulneración		Conformidade

Táboa nº 65. Proposta de clasificación da relación médico-paciente segundo o desexo de información do paciente e a información proporcionada. Elaboración propia.

- Relación de anulación: É a relación asimétrica por excelencia. O usuario desexa información, pero apenas é informado do que padece e síntese, polo tanto, insatisfeito, anulado e posiblemente enfadado ante a actitude do médico ou dos profesionais sanitarios.
- Relación de conformidade. O paciente non desexa recibir información probablemente porque ten medo do que se lle diga. Tamén pode darse en persoas maiores que non esperan que o médico lles dea explicacións de ningún tipo, senón que optan por deixarse facer tanto polo médico como polos outros profesionais sanitarios.
Tras sondear o desexo de información do usuario, o médico respecta dito desexo e informa ao familiar autorizado.
- Relación de vulneración. Se o médico lle proporciona información ó paciente que este non desexa coñecer, estaría vulnerando o dereito do usuario a non recibir información sobre o seu proceso asistencial.
- Relación de “pasividade informativa”. O usuario vai sendo informado de maneira intelixible do que lle sucede, pero sen unha actitude proactiva neste senso por parte dos profesionais sanitarios.
Non existe intercambio de pareceres entre médico e paciente, nin o médico solicita a opinión do paciente sobre o procedemento médico a aplicar.

Máis que por iniciativa propia, é o usuario ou o familiar/acompañante quen lle realiza preguntas ao profesional sanitario que mantén unha actitude reactiva.

- Relación de “proactividade informativa” (negociación). O usuario e o médico comparten información relevante, o que froitifica nun diálogo e nunha negociación acerca da situación do usuario e/ou das súas posibilidades de tratamento e de mellora.
Os profesionais sanitarios, dun modo proactivo, proporcionanlle información aos usuarios. Como existe negociación, é posible que nun principio existisen perspectivas distintas entre o médico e o paciente.
- Relación de “proactividade informativa” (clientelismo). O usuario comparece como o cliente que merca a prestación dun servizo, o médico coma o experto que llo proporciona. Nese sentido, o cliente quere información e consello antes de mercar o *produto* e o médico proporcionallo (a modo de técnico). Máis común na sanidade privada que na pública e nos procedementos médicos “de consumo” (ex. Operacións de cirurxía estética, determinados tratamentos dermatolóxicos ou dentais, etc.).

A priori e como hipótese a comprobar ou refutar, sospeitamos que no entorno hospitalario é predominante a relación de “pasividade informativa”, de xeito que, por motivos organizacionais (falta de tempo, falta de organización no reparto de roles informativos, etc.), por motivos vinculados á pasividade que asume o paciente no seu ingreso, e debido á falta dunha cultura da comunicación a nivel institucional e persoal (herdada e pouco favorecida pola falta de formación dos profesionais sanitarios neste ámbito), aínda existe un certo desfase entre o desexo de información do paciente e a información proporcionada polos profesionais sanitarios que van un pouco a remolque do interese por coñecer e por superar incertidumes do paciente e dos seus familiares.

Na actualidade, a relación médico-paciente atópase en crise, debido á deshumanización que experimenta a medicina como consecuencia das transformacións tecnolóxicas e debido ás limitacións do propio sistema sanitario, que inciden na deshumanización da asistencia médica:

“La esencia de la crisis en la relación médico-paciente está determinada por una actitud que subvalora y degrada al paciente a la condición de objeto, generando un trato alienante y cosificado que deshumaniza la relación” (Bohórquez, 2004: 3).

“tanto el médico como el paciente son víctimas de un proceso general que escapa a ambos. El médico está preso de una red organizativa cada vez más administrada que deja cada vez menos espacio a la comunicación interpersonal bien informada” (Donati, 1994: 59).

Os pacientes falan da necesidade de “humanizar” a atención sanitaria, un concepto xeral e vago, que nun intento por darlle concreción, comparece vinculado coas seguintes accións (Villanueva et al., 2006):

- Comunicar eficazmente (tanto co paciente como entre os compañeiros).
- Empatía (Comprensión, poñerse no lugar do outro, proximidade).
- Trato persoalizado.
- Coñecer as necesidades do paciente como ser humano (non como enfermidade).
- escoitar o paciente.

¿Como podería, pois, mellorarse a relación entre médico e paciente?

Maceiras García (1996: 63) propón:

“Una relación no paternalista, basada en el respeto y la confianza mutuos; con suficiente calidez pero sin intromisiones; que sepa utilizar el saber de ambas partes para facilitar al paciente la toma de sus propias decisiones, respetándolas y prestando la ayuda necesaria para su puesta en práctica; que evite tanto la injustificada complacencia como el autoritarismo médico”.

Deixando de lado a parte técnica da relación, isto é, presupoñendo unha correcta actuación médica por parte do especialista, hai que coidar os outros aspectos desta relación: os informativos e comunicativos.

Así, unha maneira é axustar o desexo e necesidade de información e participación na toma de decisións por parte do paciente coa información e grao de participación que lle proporcione o médico, de maneira que ambas dimensións sexan o máis paralelas posibles: a maior desexo de información, maior información recibida; a menor desexo de información, menor información proporcionada.

Pero non se debe esquecer tampouco a dimensión afectiva ou emocional da relación. O paciente desexa sentirse comprendido polo seu médico, de maneira que o facultativo debe poñer en práctica unha actitude empática. Entran en xogo as necesidades psicolóxicas de apoio, de escoita, de empatía, de interese pola persoa máis que pola enfermidade²⁹.

²⁹ Para facérmonos unha idea do paradigma máis radical de interese pola enfermidade por riba da persoa podemos pensar no personaxe protagonista da serie de televisión *House*, quen obvia por completo o paciente (mesmo evita o trato directo con este en moitas ocasións) e se centra exclusivamente nos síntomas da enfermidade.

Usuario		Médico
	Comunicación	
Desexo de información	↔	Información proporcionada
Desexo de participación	↔	Actitude tendente a compartir a toma de decisións
Desexo de ser comprendido	↔	Empatía

Táboa nº66. Proposta de mellora na relación médico-usuario.
Elaboración propia.

Dende este plantexamento, podemos definir a comunicación médico-usuario como:

1. O procedemento comunicativo que permite
 - 1.1. o axuste entre as necesidades informativas, participativas e emotivas do usuario e o ofrecemento de información, participación e empatía por parte do profesional médico.

5. A COMUNICACIÓN MÉDICO - USUARIO

A relación médico-usuario entáblase por medio da comunicación. A comunicación constitúe a ponte de entendemento entre ambos actores, permitindo intercambiar información, pensamentos, preocupacións, sensacións, intuicións, etc.

Para os profesionais sanitarios, ademais, a comunicación é unha ferramenta de traballo. A comunicación permítelles elaborar a historia clínica, diagnosticar, polo que as habilidades comunicativas resúltanlles necesarias para alcanzar os obxectivos da asistencia médica solicitada. Non se pode obviar que unha historia clínica ben elaborada permitirá en maior medida o acerto diagnóstico. Polo tanto, dende unha concepción tecnicista da relación médico-paciente, a comunicación xa resulta imprescindible para lograr o acerto diagnóstico. Se ademais, se busca unha boa relación co paciente, a comunicación convértese en aspecto fundamental pois a parte humana e a parte técnica da relación médico-paciente constrúense por medio da comunicación verbal e non verbal entre médico e paciente.

A comunicación médico-paciente atópase en proceso de evolución cara á comunicación médico-usuario, título do presente apartado. A comunicación médico-paciente representa o pasado e parte do presente; a comunicación médico-usuario simboliza o futuro cara ao que estamos a camiñar.

O rol de usuario configúrase como un actor máis formado, máis activo que o de paciente; demandante de información; máis autónomo respecto do médico; máis consciente da súa condición de cliente e da súa capacidade de decisión.

Esta evolución, xa comentada aos inicios do capítulo, transformará a comunicación médico-paciente, entendida dende unha óptica paternalista, nunha comunicación máis igualitaria, onde se prioricen as necesidades dos usuarios dos servizos asistenciais.

5.1. A COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE COMO CAMPO DE ESTUDIO. LIÑAS DE INVESTIGACIÓN

A comunicación médico-paciente constitúe un dos focos de interese máis prolíficos da área da Comunicación para a Saúde e dos estudos sobre a comunicación interpersonal no contexto do sistema sanitario, os cales foron incrementándose dende finais dos anos 70 até a actualidade.

Dende entón até o de agora, os esforzos por parte da comunidade investigadora de disciplinas distintas –sociólogos, profesionais sanitarios, filólogos ou investigadores das ciencias da comunicación– en distintos países (destacando Estados Unidos e Reino Unido) permitiron consensuar unha serie de efectos positivos, que hoxe en día son amplamente recoñecidos, aportados por unha boa comunicación á relación entre o médico e o usuario.

En concreto, un importante conxunto de investigacións permitiron aseverar que unha boa comunicación médico-paciente ten os seguintes resultados positivos:

1. Unha maior adhesión ás recomendacións médicas e ó tratamento³⁰.

Para que o usuario siga as instrucións médicas, é básico que as comprenda. Unha información adecuada e ben explicada e unha boa relación co médico constitúen elementos importantes no cumprimento das recomendacións médicas.

“A pesar de que cada día es más fácil cumplir un tratamiento debido a la existencia de fármacos más seguros y más cómodos de administrar, se sigue observando que solo un tercio de los pacientes cumplen el tratamiento que se les propone. Como principales causas se han argumentado una inadecuada relación médico-paciente y una mala utilización de las técnicas de comunicación” (Pascual; Indurain, 2001).

³⁰ A este respecto, consultar Prados Castillejo, JA (1992).

2. Unha redución do número de queixas e demandas por parte dos pacientes³¹.

Segundo a define Infante Castañeda (2006), a queixa médica é a que entablan as persoas ante unha situación que elas consideran unha irregularidade na calidade da atención médica recibida. É dicir, é un feito social que se constrúe independentemente de que haxa un erro ou evento adverso medicamente definidos, nin sequera un erro ou evento adverso definido polo paciente, pero sempre hai unha expectativa de calidade na atención non cumprida.

A comunicación constitúe un elemento fundamental para construír a relación interpersoal entre o médico e o enfermo, e a través dela cúmprense ou non as expectativas do paciente dando como resultado a satisfacción coa atención.

“La comunicación es el componente más importante de la calidad de la relación médico-paciente y constituye un factor determinante en las quejas médicas, ya que de manera independiente o potenciando algún procedimiento o resultado médico, puede llevar al paciente a radicar quejas o demandas” (Infante Castañeda, 2006: 44).

3. Unha mellor percepción da calidade na asistencia médica recibida.

Como se acaba de apuntar, a comunicación é un elemento configurador da calidade percibida e pode supoñer unha mellora na satisfacción por parte do usuario e do profesional médico.

Na investigación de Clever et al. (2008) baseándose nas opinións de 3123 pacientes hospitalizados no servizo de medicina interna do Hospital Universitario de Chicago entre xullo de 1997 e xuño de 2000, demostrouse que existe relación entre os comportamentos comunicativos dos médicos e o grao de satisfacción dos usuarios, de maneira que aqueles comportamentos comunicativos dos facultativos máis *centrados* no paciente (escoitar sen interromper, animar os pacientes a realizar preguntas, falarlles ao mesmo nivel...) se correspondían con índices de satisfacción máis elevados.

Na revisión da literatura científica sobre a comunicación médico-paciente dende o punto de vista da satisfacción que realizan Williams et al. (1998), que excluía os estudos centrados en pacientes hospitalizados e as consultas psiquiátricas, evidenciábanse como aspectos relacionados cun incremento da satisfacción nos pacientes, os seguintes:

- O suministro de información durante a consulta por parte do médico.

³¹ Na investigación de Beckman et al. (1994), dunha análise de 45 casos de denuncia por mala práctica médica, un 71% foran debidos a unha relación problemática entre médico e paciente.

- A expresión de afecto por parte do médico durante a consulta, así como: comportamento amistoso, conversa social, uso de empatía, etc.
- Un estilo comunicativo centrado no paciente.

A institución hospitalaria no seu conxunto mellorará a súa imaxe perante os usuarios se o paciente está satisfeito non só co tratamento médico, senón tamén co trato e información recibidos. Por outra banda, tamén se verá incrementada a satisfacción por parte do profesional sanitario se percibe que existe unha boa relación co paciente (Suchman et al., 1995).

4. Unha redución do estrés

Como adiantamos, o marco hospitalario induce a estrés tanto no profesional sanitario como no paciente, algo que cunha boa comunicación e información ao paciente pode verse significativamente reducido ao reducirse o nivel de incertidume e incrementarse o grao de control.

5. E, mesmo, unha mellora nos síntomas físicos do paciente ou no control da dor.

Resulta de interese a revisión da literatura científica ó respecto elaborada por Stewart (1995), na que de 21 artigos revisados, 16 amosaron resultados positivos, 4 negativos (non significativos) e 1, evidencias non concluíntes. Os resultados físicos positivos derivados da calidade da comunicación tanto na redacción da historia clínica como durante a discusión do plan terapéutico a seguir eran por orde descendente de frecuencia: saúde emocional, resolución dos síntomas, medidas fisiolóxicas (presión sanguínea e niveis de azucre) e control da dor.

Segundo explica Borràs (2004), a mellora física dos pacientes derivase dunha combinación de factores cognitivos e emocionais: os médicos que xeran nos seus pacientes a expectativa de que pronto se van atopar mellor, establecendo con eles unha relación cálida, empática e cordial, son máis eficaces que os médicos que manteñen un trato impersoal, formal ou incerto.

En xeral, existen múltiples investigacións nas que se amosan en distintos tipos de pacientes e países tamén distintos, resultados positivos dos efectos dunha boa comunicación e adecuada información ó paciente e da implicación do mesmo na toma de decisións sobre o seu estado de saúde. Resumímolos no seguinte cadro:

- Mellora na situación do paciente
- Incremento da satisfacción do paciente
- Incremento da confianza do paciente
- Redución na carga dos síntomas
- Decrece o emprego inadecuado de recursos
- Increméntase a provisión de servizos preventivos
- Increméntase o coñecemento dos pacientes sobre a súa medicación e a xestión da súa enfermidade
- Maior seguimento e confianza no tratamento e no consello médico
- Decisións máis acertadas por parte do médico, tendo en conta que a falta de coñecemento pode derivar en prexuízos ou diferencias culturais a miúdo incorrectas.
- O consentimento informado require que o paciente sexa informado sobre o diagnóstico, o pronóstico e os riscos e beneficios de todas as opcións de tratamento propostas, incluída a ausencia de tratamento. A autonomía do paciente é un dereito ético e legal de todos os pacientes.

Táboa nº 67. Síntese das vantaxes suxeridas en diversas investigacións respecto da información completa ó paciente e do proceso compartido de toma de decisións.

Fonte: Schattner et al., 2006: 5. Elaboración propia.

A pesar dos beneficios da comunicación amosados en diversos estudos, a práctica da comunicación médico-paciente parece indicar que a comunicación é un aspecto infravalorado por parte dos profesionais sanitarios e que os pacientes están satisfeitos co coidado médico, pero non coa comunicación que acompaña a dito coidado (DeCastro, 1972; Fuller & Quesada, 1973). Algunhas das motivacións desta disconformidade poden ser:

1. Os médicos non escoitan os seus pacientes. Na investigación levada a cabo por Marvel et al. (1999), un 72% dos médicos interrompen a exposición dos pacientes ós 23 segundos de terse iniciado, ós 18 segundos na investigación de Simpson, M. et al. (1991). Ademais, non dan pé a que os pacientes lles conten todas as súas preocupacións de saúde, que adoito son máis de unha.
2. Os médicos ignoran a saúde emocional dos pacientes. Nunha investigación levada a cabo por Suchman et al. (1997), cando os pacientes abordan asuntos emocionais, o médico reconduce a conversa cara á unha charla máis técnica. Os médicos céntranse máis na perspectiva científica da enfermidade que nas preocupacións que sobre ela ten o paciente, mentres que a primeira satisfacción do paciente provén do feito de sentirse escoitado e tratado como unha persoa con sentimentos.

3. Os médicos subestiman a necesidade de información dos pacientes (Waitzkin, 1984; Keulers et al., 2008).

4. No Informe de Consenso de Toronto (Simpson et al., 1991), tamén se fixo referencia ós seguintes problemas na comunicación entre médico e paciente:

- No 50% dos encontros, médico e paciente están en desacordo acerca da natureza do principal problema presente.
- A meirande parte das queixas por parte do público non están vinculadas a problemas de competencia clínica, senón a problemas de comunicación e a maioría das denuncias por mala práctica proceden de erros de comunicación.
- Médicos residentes e non residentes teñen amosado deficiencias substanciais en habilidades comunicativas.
- Nunha baixa proporción de encontros entre o médico e o paciente, trátase algún aspecto de educación ó paciente e unha sorprendentemente elevada proporción de pacientes non recordan ou entenden o que o médico lles dixo sobre o seu diagnóstico e tratamento.
- As diferencias culturais tamén obstaculizan o traballo cos pacientes.
- A ansiedade e insatisfacción do paciente están relacionadas coa incertidume e falta de información, explicación e *feedback* por parte do médico.
- A linguaxe que empregan os médicos resulta a miúdo confusa debido ó emprego de xerga médica en lugar de termos relativamente comúns, que designan os mesmos conceptos.

Por outra banda, os pacientes valoran (Pendleton e Hasler, 1990):

- Os médicos que prestan atención e son receptivos á información do paciente, ofrecen información intelixible e amosan outros factores psicolóxicos, fronte ós de tipo médico.
- A consulta que implica un alto nivel tanto de competencia técnica como de comunicación, entendida ésta como: escoitar ben, dar información e explicacións de forma voluntaria e implicar o paciente nas decisións.
- Unha actitude que non xulgue o paciente, que lle proporcione tempo e posibilidade de expresar sentimentos e ideas.

A comunicación entre médico e paciente non deixa de ser un acto de comunicación interpersonal, pero ademais de todas as variables que interveñen en calquer interacción entre dúas persoas (xénero, idade, cultura, nivel educativo, habilidades comunicativas, etc.) presenta toda unha serie de particularidades derivadas da súa natureza:

- É unha comunicación necesaria para o médico e para o paciente, xa que forma parte da actividade médica de cara ó desenvolvemento da acción preventiva, curativa ou rehabilitadora.
- Ademais das variables de tipo persoal, entran en xogo as relacionadas coa enfermidade e doenza do paciente.
- É unha comunicación que se produce no contexto dun sistema sanitario en concreto, coas súas posibilidades, carencias, condicionantes, etc.

Tendo en conta a amplitude de variables a estudar, o panorama investigador centrado na comunicación médico-paciente deu lugar a un longo listado de estudos que teñen afondado nesta temática³², aínda que a integración de tales esforzos resulta limitada, dada a complexidade do fenómeno:

“This is probably due to the fact that among inter-personal relationships, the doctor-patient relation is one of the most complex ones. It involves interaction between individual in non-equal positions, is often non-voluntary concerns issues of vital importance, is therefore emotionally laden, and requires close cooperation”. (Ong, 1995: 903).

“Part of the problem is the lack of a unifying theoretical framework to enable integration of models and to guide application of the research findings” (Frederikson, 1993: 225).

Esa carencia de integración na gran cantidade de esforzos realizados, débese, dende o noso punto de vista, ás seguintes dificultades:

1. Trátase dun conxunto de investigacións numeroso, que se foi realizando dende os anos 70 fundamentalmente até a actualidade.
2. Son en moitos casos estudos con mostras pequenas e non representativas, co que resulta difícil a súa extrapolación e a extracción de resultados xerais.
3. Son estudos con variables moi específicas –aspecto intimamente relacionado coa especialización da propia práctica médica- e a súa especificidade dificulta a reflexión en termos máis amplos.
4. Resulta difícil a extrapolación duns resultados que sempre están moi condicionados polo contexto cultural, do sistema sanitario, do centro sanitario e polas características persoais de médico e paciente.

³² En Pubmed, sistema de busca desenvolvido polo National Center for Biotechnology Information e a Nacional Library of Medicine (EE.UU), que permite o acceso a bases de datos bibliográficas compiladas pola NLM: MEDLINE, PreMEDLINE (citas enviadas polos editores), *Genbak* y *Complete Genoma*, os termos “patient physician communication” xeraron un total de 20.197 rexistros correspondentes a estudos relacionados coa comunicación médico-paciente nunha busca realizada o 15/06/08.

5. Son investigacións efectuadas dende disciplinas ben distintas, o que complicou a integración dos resultados duns estudos noutros.

Un dos síntomas da pouca sistematicidade da investigación levada a cabo nesta área, constitúea a falta de acumulación de coñecemento.

“The research that has been conducted on health communication has been much less systematic than is generally seen as desirable in the social sciences. One symptom of this is the lack of accumulation of knowledge, as was previously mentioned” (Thompson, 1990: 28)

Remitíndonos á revisión das investigacións que se teñen efectuado sobre a comunicación entre médico e paciente, atopamos que se teñen abordado tres grandes grupos de variables (Ong et al., 1995):

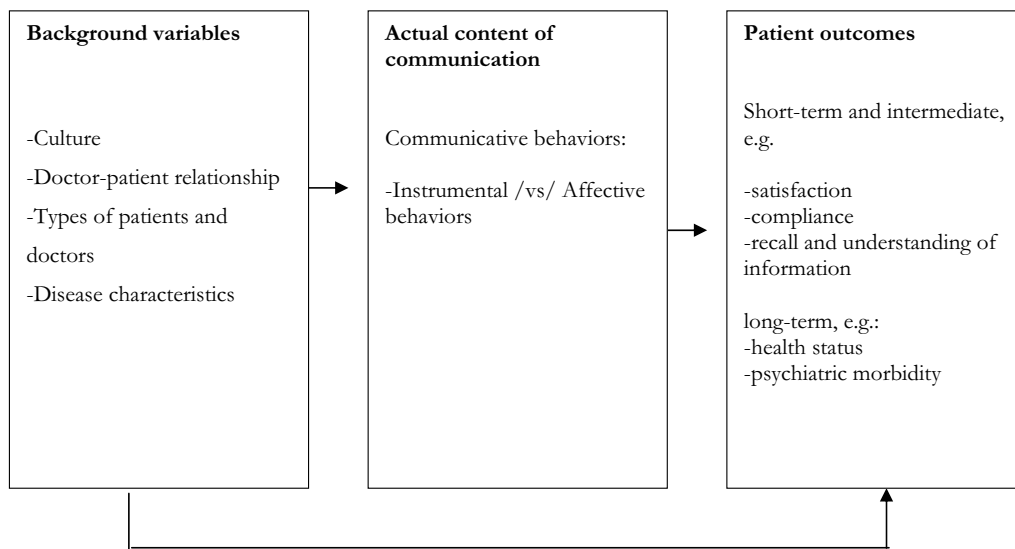
1. As de *background*, entre as que se inclúen o contexto cultural; o tipo de relación médico-paciente; o tipo de pacientes e de médicos³³; as características e tipo de enfermidade³⁴.
2. Os comportamentos comunicativos de médico e paciente, distinguindo fundamentalmente entre o instrumental³⁵ (o científico ou biolóxico), fronte ó afectivo³⁶.
3. Finalmente, as investigacións dos resultados da comunicación nos doentes céntranse en dous grandes tipos: a curto prazo (satisfacción, conformidade, resposta e entendemento da información) e a longo prazo (estado de saúde, morbilidade psiquiátrica).

³³ En canto a xénero, idade, raza ou habilidades comunicativas por citar algunhas variables.

³⁴ Por exemplo, nos últimos anos proliferaron os artigos respecto da comunicación de diagnóstico de cancro, como poden ser: Fallowfield (2008), Lansdown (2008), Donnelly (2008), Hammer et al. (2008)

³⁵ “Instrumental behaviors can be defined as technically based skills used in problem solving, which compose the base of expertness for which the physician is consulted”. (Ong, op. cit., 906).

³⁶ “Affective behaviour has been defined in different ways by different authors; e.g. ‘verbal statements with explicit socio-emotional content, ratings of the affect conveyed in voice quality and counts of speech errors indicative of anxiety’, ‘behaviors directed by the doctor toward the patient as a person rather than as a case’ or ‘behaviors designed to establish and maintain a positive relationship between the doctor and his patient’”. (Ong, op. cit., 906).



Esquema nº 37. Aspectos investigados da Comunicación médico-paciente.
Fonte: Ong (1995: 914). Elaboración propia.

Éstes son os tres eixos temáticos que agrupan as investigacións levadas a cabo respecto da comunicación médico-paciente: 1. Os antecedentes e o contexto, 2. O contido da comunicación e 3. Os beneficios/resultados no paciente.

Entrado o século XXI, conviría engadir a este acertado panorama que propuña Ong (1995), os estudos vinculados ó emprego das posibilidades que abren as novas tecnoloxías da información na comunicación médico-paciente.

Tendo en conta que Internet democratizou o acceso a información sobre doenzas e tratamentos, recentes estudos centran o seu interese na existencia dun usuario mellor documentado, así como nas novas posibilidades de relación entre ambos actores que permite a Rede³⁷.

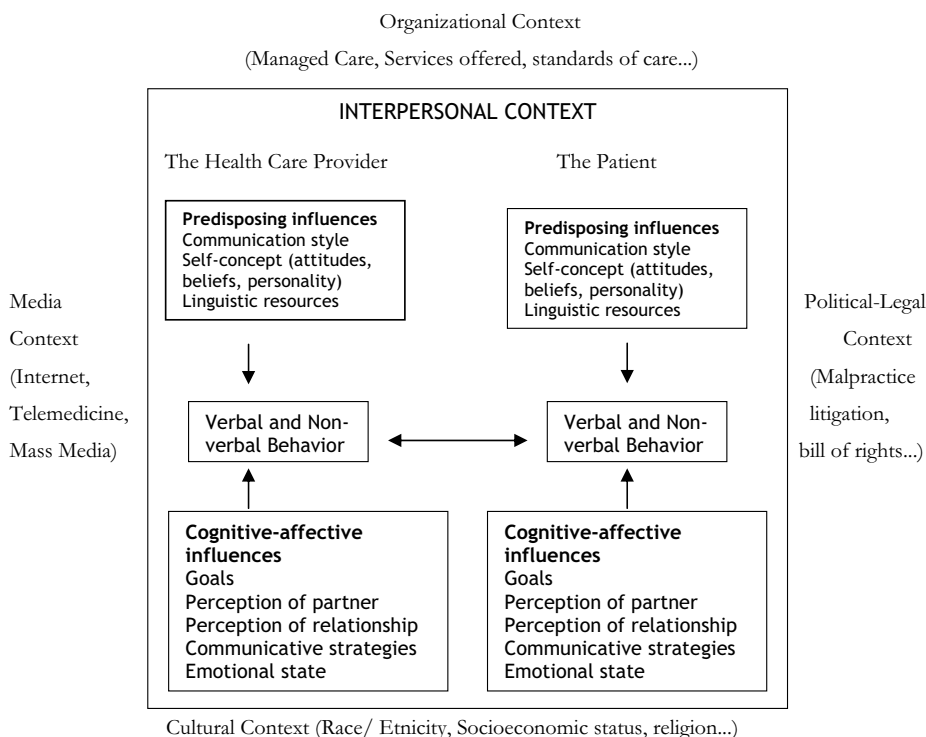
De feito, para Welch (2003: 14-15), Internet constitúe un dos tres macrosistemas (xunto co empuxe experimentado pola medicina alternativa e a publicidade directa das farmacéuticas) que inflúe na relación médico-paciente.

“Perhaps the most common and influential function of interactive health communication today is health-information seeking by consumers”. (Welch, 2003:14).

³⁷ Recomendamos a consulta de Fleisher et al. (2008).

A incidencia do elemento contextual sobre a relación médico-paciente resulta determinante. Neste senso, Street (2003: 64-66) sistematiza os encontros médico-paciente nun modelo que destaca a importancia dos entornos (organizacional, político-legal, mediático e cultural) nos que se enmarca a comunicación médico-paciente (*ecological model*).

Consideramos que é unha aportación relevante porque non aborda o fenómeno de xeito aillado, senón situándoo nunhas determinadas coordenadas de distinto tipo xa que a comunicación médico-paciente pode producirse en diferentes contextos. Street (2003) sitúa os encontros médicos no seguinte esquema:



Esquema nº 38. Modelo ecolóxico da comunicación nos encontros médicos.
Fonte: Street (2003: 65). Elaboración propia.

Así pois, son condicionantes da comunicación médico-paciente, indo do xeral ao particular, os seguintes (Rodríguez Marín, 1995: 134-142):

- 1) O marco da interacción. O marco da consulta médica adoita ser pouco axeitado para unha comunicación eficaz. Unha persoa que se sente enferma, incómoda, e, moitas veces,

angustiada, debe comunicar os seus problemas a outra, frecuentemente extraña, e responder a preguntas a veces complicadas e moitas veces, moi persoais e íntimas. (...) O profesional sanitario ten que conseguir información relevante no menor tempo posible, nunha situación de presión laboral (axenda repleta e moitas persoas esperando na sala).

- 2) A estrutura do sistema sanitario. Naturalmente hai diferenzas entre o sector público e o privado³⁸.

“En la red privada hay presiones económicas para complacer al paciente y se produce un alto nivel de cuidado emocional. La mayoría de los pacientes que usan esta red piensan que, en ella, los profesionales los tratan *como personas*”.
(Rodríguez Marín, 1995: 135).

- 3) A conduta do profesional sanitario. Hai diversas condutas do profesional sanitario que poden contribuír a unha comunicación defectuosa. Unha das importantes a este respecto é o emprego da *xerga médica*. (...) Os aspectos afectivos da conduta do profesional tamén son importantes. Sobre todo, a sensibilidade, o calor e a preocupación polos seus problemas que o paciente pode percibir a través da conduta do profesional que o trata.
- 4) A conduta do paciente. Algunhas veces, os pacientes compórtanse dunha maneira que vulnera a relación. Por exemplo, expresando críticas ou manifestando a súa irritación contra o profesional...
- 5) Características do paciente e do profesional. Características sociodemográficas – a idade, o sexo, a clase social- e psicolóxicas (nivel intelectual e control emocional).

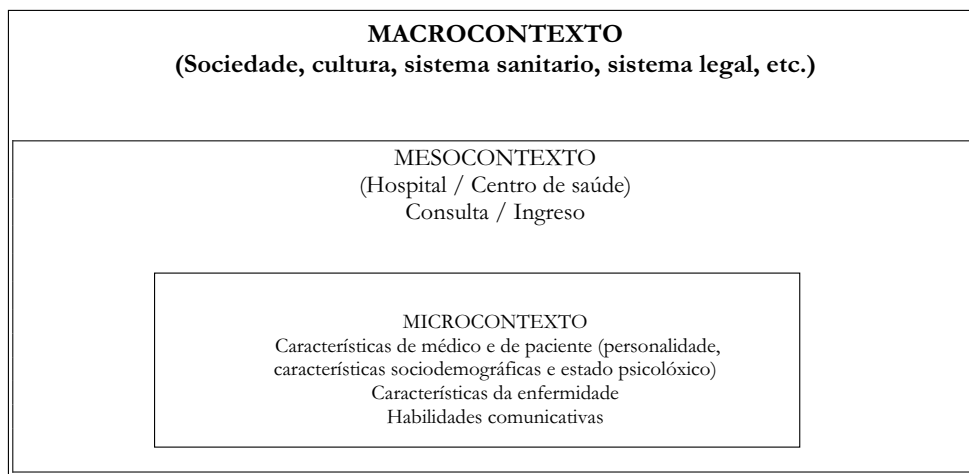
Grosso modo, podemos falar de tres tipos de condicionantes da comunicación médico-paciente:

1. Macrocontextuais. Características socioculturais (a comunicación está fortemente marcada polas variables culturais de interrelación da sociedade que se trate), político-sanitarias (tipo e características do sistema sanitario), legais (disposicións da lexislación pertinente respecto da información ao usuario do sistema sanitario), etc.

2. Mesocontextuais. Características do centro de saúde ou do hospital no que se produce o encontro entre o médico e o paciente. Características socioeconómicas (un hospital ou un centro de saúde dunha zona rural non atende o mesmo tipo de pacientes que o dunha zona urbana; por outra banda, dentro das zonas urbanas, hai zonas máis conflitivas que outras), recursos dos que dispón (dotación de camas, de persoal, de técnicas ou de tecnoloxías determinadas, etc.), ambiente da institución (clima interno).

³⁸ De feito, segundo datos do Barómetro Sanitario 2006, a información que o paciente recibe sobre o problema de saúde, o trato persoal e o confort das habitacións son as tres categorías nas que a sanidade privada avanta á pública a nivel España e Galicia.

3. Microcontextuais. Características das persoas que interactúan, características da enfermidade, habilidades comunicativas de médico e de paciente, etc.



Esquema nº 39. Tipos de condicionantes da comunicación médico-paciente.
Elaboración propia.

Polo tanto, podemos dicir que existe unha gran variedade de factores que poden afectar ó encontro médico-paciente e que poden ser obxecto de estudo.

Algunhas das variables estudadas en investigacións precedentes son:

1. Variables sociodemográficas: Xénero, idade, clase social ou etnia de médico e paciente.

Persoalidade, actitudes e valores sociais, raza, xénero, orientación sexual, idade, educación e saúde mental e física son elementos que singularizan o médico e o paciente e poden incidir na relación entre ambos, aínda que as investigacións téñense centrado máis nas características dos pacientes que dos médicos. Resumimos algunhas das conclusións ás que se ten chegado a partir do estudo da incidencia destas variables na comunicación médico-paciente:

1.1. Xénero

Estudos realizados no ámbito estadounidense e español, entre outros, indican que existen diferencias en función do xénero do/a médico/a e do/a paciente.

Segundo o estudo levado a cabo por Delgado e López (2004), as médicas de atención primaria teñen un estilo de comunicación cos seus pacientes máis centrado no psicosocial que os médicos, á vez que as mulleres expresan con frecuencia a preferencia por unha médica para consultar problemas de índole psicosocial. Porén, o sexo do paciente e do profesional non amosaron relacións consistentes coa satisfacción.

Segundo Cooper et al. (2003), as mulleres médico ademais empregan en maior medida a comunicación non verbal en comparación cos varóns (sorrín máis, empregan máis respostas xestuais, etc.)

Por outra banda, as mulleres que padecen enfermidades crónicas tenden a ser máis activas na toma de decisións que os homes (Arora e McHorney, 2000).

1.2. Idade.

Tamén inflúe na comunicación que se estableza entre médico e paciente. Os pacientes novos preguntan máis e obteñen maior información por parte do médico, mentres que os pacientes de maior idade non lle solicitan tanta información ó médico. Por outra banda, os médicos adican menos tempo a aspectos psicosociais coas persoas maiores e adican máis tempo a comprobar o cumprimento do tratamento e a facer os cambios no plan de tratamento (Cooper et al., 2003).

En relación coa satisfacción, a idade avanzada incrementa a satisfacción dos pacientes (Santiñá et al., 2004).

1.3. Clase social. Nivel cultural.

Os médicos falan máis cos pacientes de clase social máis alta, ofrecéndolles espontaneamente máis explicacións que ós pacientes de clases máis baixas (Roter e Hall, 1993).

Os médicos de clase social media e alta tenden a expresarse máis coa comunicación verbal (de forma explícita), mentres que os de clase baixa empregan máis a comunicación non-verbal (Roter e Hall, 1993).

Para Waitzkin (1985) ten unha grande influencia na comunicación médico-paciente o nivel cultural moitas veces asociado á clase social.

Os médicos subestiman a necesidade e desexo de información por parte dos pacientes de clases sociais máis baixas (Willems et al, 2005).

1.4. Etnia

Poucos estudos teñen afondado no impacto da raza do médico na comunicación médico-paciente. Aínda non está claro qué factores étnicos ou culturais contribúen a uns índices de participación máis baixos por parte dos pacientes e se as ratios de participación máis baixa poden ser asociadas á pertenza do médico a un determinado grupo racial/étnico (Cooper et al., 2003).

Dende a perspectiva do paciente, diversos estudos no ámbito estadounidense amosaron que os médicos proporcionan menos información, menos conversa de apoio e menos competencia no desempeño clínico a pacientes negros e hispanos e pacientes de clases económicas máis baixas (Cooper et al., 2003)

2. O desenvolvemento da comunicación médico-paciente.

A aplicación dun determinado estilo ou estratexia de comunicación, o intercambio de información, o uso de comunicación verbal e non verbal, o proceso de toma de decisións e o uso da linguaxe son algúns dos aspectos investigados no desenvolvemento do proceso comunicativo entre médico e paciente.

- Estilos de comunicación

A aplicación dun estilo de Comunicación centrado no paciente –que máis adiante veremos en maior profundidade- en oposición a un estilo centrado na enfermidade. O primeiro ocúpase de comprender e empatizar co punto de vista do paciente, o segundo desbota a perspectiva psicosocial e céntrase nos aspectos máis biolóxicos da enfermidade.

Street (1991) examinou os estilos comunicativos dos pacientes e atopou que:

- A cantidade de información recibida sobre o diagnóstico está vinculada coa educación, a ansiedade do paciente e o feito de que éste pregunte;
- A cantidade de información recibida sobre o tratamento está vinculada co feito de que o usuario exprese as súas preocupacións e pregunte as dúbidas.
- O estilo comunicativo do paciente está moi influenciado polo estilo comunicativo do médico.

- Intercambio de información

Roter e al. (1988) cuantificou que a contribución dos médicos ó diálogo é do 60%, fronte ó 40% por parte dos pacientes. O feito de facer preguntas por parte do médico (acción que ocupa un 23% do tempo da interacción) ten lugar durante o relato da historia do paciente, con preguntas pechadas das que se espera unha resposta de sí ou non.

Desenvolvéronse diversos sistemas cuantitativos de medición das interaccións entre médico e paciente, entre os que destacan (Roter e McNeilis, 2003):

- O sistema de análise do procedemento de Bales. A interacción, unha vez transcrita de modo literal, é segmentada e descrita en termos de 12 categorías mutuamente excluíntes, seis son afectivamente neutrais e ubícanse no dominio da tarefa e outras seis pertencen ao dominio socioemocional. Estas últimas divídense en categorías positivas e negativas.

- Verbal Response Mode (VRM): Baséase tamén na codificación do acto de fala entre médico e paciente nunha taxonomía como a que segue: 1) A fonte da experiencia, que pode ser categorizada como atenta ao outro falante ou informativa (atenta ao seu propio relato); 2) presunción sobre a experiencia, que pode ser operacionalizada como directiva (exerce o control sobre o diálogo) ou aquiescente (deferente cara o punto de vista do outro) e 3) o marco de referencia, que pode clasificarse como presuntuoso (presume os coñecementos da outra persoa) ou non presuntuoso (non os presume).
- Roter Interaction Analysis Sistem (RIAS). As unidades do discurso son asignadas segundo se correspondan con: 1) Dar información, 2) Persuadir, 3) Interrogar (preguntas abertas ou pechadas), 4) Charla afectiva (social, positiva, negativa), 5) Conversa orientada ao proceso (construción da relación, orientacións e transicións).

Pode medirse a dominancia verbal, o índice de charla biomédica ou psicosocial e o grao de control da comunicación.

	Paciente	Médico
I. Dar información	Contar síntomas, contestar preguntas, responder instrucións, suxerir, opinar, etc.	Dar información, opinar, suxerir, instruír, aconsellar, persuadir, intentar motivar, dar instrucións, ensinar, explicar, orientar, plantexar problemas, discutir a solución de problemas, contestar preguntas, dar información médica sobre a doenza, causas, síntomas, diagnóstico, tratamentos, autocoidado, prevención, pronóstico, gravidade, etc.
II. Pedir información	Pedir orientación, opinión, instrucións, suxestións, preguntar en xeral, preguntar sobre a medicación, tratamento, estilo de vida, prevención, autocoidado.	Preguntar, pedir información, facer a historia clínica, preguntar sobre o cumprimento, facer preguntas abertas non directivas.
III. Conversa social	Intercambio social, comentarios sociais, presentarse, conversa social non médica, conversa social / familiar.	Saudar, mostrar cortesía, presentarse, falar de temas non médicos, dar información persoal, discutir temas familiares e persoais.
IV. Charla positiva	Rir, mostrarse amigable, mostrar solidariedade, relaxar tensión, mostrar acordo e aprobación.	Mostrar acordo, mostrar aprobación, rir, usar humor, relaxar tensións, mostrar solidariedade, dar seguridade.
V. Charla negativa	Mostrar antagonismo, mostrar desacordo, mostrar tensión.	Mostrar desacordo/criticar, antagonismo ou hostilidade, tensión, afecto negativo, xerar tensión, ansiedade/nerviosismo, cometer erros de linguaxe, interacción negativa, aburrimiento.

VI. Construción de camaradería		Pedir opinión ós pacientes, comprender, facer suxestións, preguntas, dar ideas, facer interpretacións, facilitar as respostas dos pacientes.
--------------------------------	--	--

Táboa nº 68. Categorías da comunicación verbal entre médicos e pacientes.
Fonte: (Roter, 1989). Elaboración propia.

- Roles na comunicación

As investigacións tamén se teñen centrado nos roles que adoptan médico e paciente durante a súa interacción.

Para Cordella (2004), quen estudou a comunicación médico-paciente nas consultas externas do centro asistencial da Universidade Pontificia Católica de Chile³⁹, a comunicación entre o médico e o paciente constitúe un modelo de relación dinámica, na que ambos van cambiando de roles en función da súa estratexia comunicativa.

De partida, o médico posúe unha base inicial de poder derivada da súa preparación como médico. Dito poder técnico inmediatamente establece unha asimetría entre o médico e o paciente. Porén, a través da *voz de educador*, os médicos poden ser capaces de dar lugar a pacientes competentes, que sexan quen de expresarse por medio da *voz da competencia*, que lle confire un relativo incremento de poder ó paciente. Un paciente competente é entón capaz de responder o poder do médico, que pode ignoralo, ou entrar nunha negociación que produce un *feedback* máis preciso entre ambos.

Os médicos poden empregar outras dúas voces: a do *socio* (*fellow human voice*) e a do médico (*doctor voice*). O rol de socio establece unha comunicación cooperativa que desenvolve un proceso caracterizado pola simpatía. A voz do médico emprégase para proporcionarlle información, os resultados das probas e averiguar a conformidade do paciente.

O doente, pola súa banda, pode interactuar co médico empregando as seguintes voces:

- ☐ *Competence*. Cando están familiarizados cos procedementos médicos e comprenden as súas condicións de saúde.
- ☐ *Initiator*. Cando busca información sobre o seu estado de saúde, polo que provocan a *voz de educador* no médico para adquirir competencia.
- ☐ *Social Communicator*. Cando relatan as súas experiencias sociais (relacionadas coa familia, o traballo, etc.).
- ☐ *Health-related storytelling*. Adoita aparecer en combinación con algunha outra das estratexias comunicativas para articular unha experiencia pasada: describir o estado

³⁹ A través da combinación de diversas técnicas de investigación como o cuestionario, a entrevista semi-estructurada e a gravación das consultas previo consentimento.

emocional, expresar preocupación sobre o estado de saúde, mostrar dificultades en seguir as recomendacións médicas.

- Comunicación Non Verbal

Son poucas as investigacións que se teñen levado a cabo neste senso. Segundo Schmid (2007) a maneira en que os médicos se comportan e comunican de modo non verbal afecta á satisfacción do paciente.

- A participación na toma de decisións

No estudo de Lázaro et al. (2004), un 69,4% dos pacientes non participou na toma de decisións sobre o tratamento a recibir. No traballo de Guix (2005), un 37,9% dos pacientes afirma non querer participar nas decisións que lles afectan e un 28% cre que non pode negarse ás decisións que tome o médico sobre a súa saúde.

- Emprego da linguaxe

Na investigación de Castro et al. (2007) sobre o emprego de linguaxe técnica por parte dos médicos, amósase que nun 81% dos encontros, emprégase alomenos un termo pouco claro da xerga médica; que o 37% do total de termos médicos empregados dáse cando se lle fan as recomendacións ó paciente e o 29%, cando se lle educa en saúde e que as *ratios* de comprensión do paciente son baixas.

3. Resultados positivos, consecuencia da comunicación médico-paciente

A satisfacción, a maior fidelidade ó tratamento, a maior confianza no médico, a redución das demandas por mala praxe, a redución do estrés, etc. son aspectos resultantes que, entre outras variables, están vinculados cunha boa comunicación médico-paciente.

4. Avaliación das habilidades comunicativas dos médicos

En España, por exemplo, desenvolveuse o cuestionario Gatha–Res⁴⁰, instrumento empregado na avaliación das habilidades comunicativas dos médicos residentes de Medicina Familiar e Comunitaria.

⁴⁰ As iniciais proceden de: G (Global, referida ós datos globais: tempo da consulta, xénero de profesional e paciente, presenza de acompañante, etc.); A (Actitude, saúde, empatía verbal e non verbal, interrupcións, etc.); T (Tarefas que desempeña o profesional) e Ha (Habilidades técnicas que desenvolve o profesional).

Na investigación levada a cabo por Ruiz Moral et al. (2002), na que se constata a validez do cuestionario, conclúese que:

- Os médicos residentes rematan a súa residencia realizando consultas considerablemente máis curtas que ao comenazar o seu terceiro ano.
- Empeoran a calidade da súa relación clínica co paciente, ao evitar explorar os aspectos persoais e contextuais da doenza, así como a súa capacidade para negociar.
- Para mellorar o perfil comunicacional dos residentes, cómpre considerar certos aspectos estreitamente relacionados cunha interacción clínica diaria de calidade, entre eles o ambiente do centro de traballo, a formación e a sensibilización do titor clínico do residente en entrevista clínica, a duración das consultas e unha pronta introdución destas ensinanzas médicas.
- Un programa de formación en comunicación clínica baseado nos principios da ensinanza de adultos e aplicado ao longo do último ano de residencia non ten repercusión sobre o perfil comunicacional do residente.

O diagnóstico das preferencias dos pacientes en relación coa comunicación co médico, segundo unha revisión dos estudos publicados e recollidos en Medline, PsychINFO, Sociological Abstracts e Dissertation Abstracts, revela o seguinte (Kiesler, Auerbah, 2006):

- Por canto á información proporcionada. As preferencias dos pacientes en canto á información recibida non están sendo satisfeitas (dun 26% a un 95% dos suxeitos, polo tanto un 52% de media non ven satisfeito o seu desexo de información). Estes pacientes están insatisfeitos coa información proporcionada, senten que non se lles proporcionou a información axeitada e manifestan o desexo de máis.
- Por canto á participación na toma de decisións. A porcentaxe de pacientes cuxo desexo de participar na toma de decisións e a participación que finalmente teñen coincide vai dun 34% a un 80%. Sendo a media dun 60%, hai unha maioría que conseguen o nivel de participación desexado.
- Por canto ás crenzas de médicos e pacientes. Un 37% dos médicos considera que a decisión final debería ser do paciente, fronte a un 50% ou máis dos pacientes.
- Por canto ó comportamento interpersonal de médico e paciente, a coincidencia entre o que o paciente desexa e o que o médico pon en práctica é superior no caso de comportamentos amizosos e de cooperación por parte do médico, que no caso de comportamentos de control e autoritarios.

A pesar do numeroso volume de investigacións que se teñen realizado, requírese, dende o noso punto de vista, un maior interese na investigación da relación médico-paciente fóra do contexto da consulta médica, e fóra da Atención Primaria de saúde particularmente:

“Relationship outside of primary care –including emergency rooms visits and the care provided by subspecialties has been largely ignored. Insight into these areas are important not only as it directly relates to the care of large numbers of patients who will remain outside of the primary care system, but to improve coordination and integrate care for the majority of patients straddling primary and specialty care” (Roter, 2000: 13).

5.2. BASES PARA UNHA COMUNICACIÓN ADECUADA: A COMUNICACIÓN CENTRADA NO PACIENTE

Como xa comentamos, a pesar dos beneficios que proporciona, a comunicación entre médico e usuario non é sempre a máis axeitada. Existen determinados comportamentos por parte de médicos e de doentes que dificultan o proceso de comunicación entre ambos (Taylor, 1995: 348-353):

Comportamentos inadecuados dos médicos	Comportamentos inadecuados dos pacientes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non escoitar. O doente poucas veces pode rematar as súas explicacións sobre o que lle pasa. ▪ Emprego dunha xerga e unha linguaxe técnica. Diversos estudos amosan que os pacientes comprenden relativamente poucos dos termos que emprega o médico. ▪ Despersoalización do doente. Os médicos do hospital a miúdo empregan termos altamente técnicos ou eufemísticos cando discuten casos cos seus colegas, desafortunadamente eses termos poden confundir ou alarmar o doente que non participa da conversa, pero está fisicamente presente. ▪ Estereotipos pexorativos dos doentes. Ditos estereotipos poden estar vinculados coa raza, a idade, o nivel socioeconómico ou o xénero. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A ansiedade do paciente. ▪ A experiencia coa enfermidade. ▪ Os pacientes poñen énfase noutros aspectos da enfermidade respecto dos médicos. Os pacientes céntranse na dor e nos síntomas que interfíren coas súas actividades. Os médicos, na gravidade e no tratamento. ▪ Os pacientes poden darlles falsas indicacións ós médicos sobre a súa enfermidade. Isto fano sobre todo as persoas maiores que non queren que se lles diagnostique unha enfermidade grave.

Táboa nº 69. Comportamentos inadecuados de médico e paciente.
Baseado en Taylor, 1995. Elaboración propia.

O desenvolvemento dun estilo de Comunicación centrada no paciente (*Patient Centered Communication*⁴¹) por parte do médico, en oposición á Comunicación centrada no profesional ou na enfermidade, podería mellorar os encontros médico-paciente e a satisfacción de ambos. A Comunicación centrada no paciente é aquela que pon énfase no punto de vista do usuario, na súa

⁴¹ Roter (2000:7) móstrase máis favorable ó emprego dos termos “relationship centered care” para que non se exclúa o rol do médico da denominación do ideal de relación, na que, por outra banda, a perspectiva do médico tamén debe ser incluída.

perspectiva e vivencia da enfermidade e na conveniencia de que participe xunto co médico na toma de decisións sobre o tratamento ou sobre o plan terapéutico a seguir.

“In doctor centered medicine, disease and treatment were central. Patients’ personal illness experience, their right to be informed and their involvement in decision making had been neglected. As a result, they were often dissatisfied with the health care system” (De Haes, 2006: 291).

O termo “medicina centrada no paciente” foi acuñado por Balint no ano 1969 para expresar que cada paciente debe ser entendido como un ser humano único.

A partires de aí, paulatinamente, o concepto do coidado “centrado no paciente” propón unha alternativa ao paternalismo clásico na relación médico-paciente e ao estilo autoritario ou directivo do médico no encontro co paciente, apostando por (Lambert et al., 1997):

- Respecto polos valores, necesidades e preferencias dos pacientes.
- Coordinación e integración dos coidados.
- Información, comunicación e educación.
- Comodidade física.
- Soporte emocional e alivio da ansiedade e do medo.
- Implicación da familia e dos amigos.
- Transición e continuidade dos coidados.

En liñas xerais, a Comunicación centrada no Paciente designa un estilo de relación cos pacientes enmarcado no modelo biopsicosocial, por oposición ó modelo biomédico. O modelo biopsicosocial, ou holístico, avoga por contemplar todas as perspectivas da enfermidade e non só a biolóxica, tamén os aspectos psicolóxicos e sociais. Implica superar a visión do paciente como un portador de patoloxías que hai que erradicar. No marco deste novo modelo de práctica médica – e de formación dos futuros facultativos- a relación entre médico e paciente volve ao seu lugar orixinal, como eixo central do exercicio da medicina.

Ante un concepto tan amplo, o do estilo centrado no paciente, vexamos as dimensións que lle foron atribuídas por diversos autores que se incluírían dentro do estilo centrado no paciente (*patient centeredness*):

- Stewart et al. (2003) distinguiron seis elementos: (1) explorar a dimensión psicosocial da enfermidade, coñecer a enfermidade e o padecemento⁴²; (2) entender a persoa no seu

⁴² En inglés, a palabra "disease" (enfermidade) expresa a alteración real que existe no organismo (o aspecto biolóxico da enfermidade). O termo "illness" (padecemento) tenta explorar a vivencia que o paciente experimenta desda enfermidade (o aspecto psicosocial). Tamén existe o termo "sickness" (doenza), que sería a percepción por parte da sociedade do estado de saúde dunha persoa, o que implica

conxunto; (3) atopar un terreo común de entendemento; (4) incorporar prevención e promoción da saúde; (5) incrementar a relación médico-paciente; (6) ser realistas.

- Mead and Bower (2000) citan cinco dimensións do coidado centrado no paciente: (1) a perspectiva biopsicosocial; (2) o paciente como persoa; (3) compartir capacidade de decisión e responsabilidade; (4) alianza terapéutica; (5) o médico como persoa.
- De acordo con Bensing (2000), a comunicación centrada no paciente inclúe: (1) comprender a perspectiva do paciente; (2) entender o paciente dentro do seu contexto biopsicosocial; (3) lograr un entendemento compartido acorde cos valores do paciente; (4) axudar os pacientes a compartir poder implicándoos nas decisións no grao en que eles o desexen.
- Bensing (2000) e Mead et al. (2002) sintetizaron os asuntos cubertos nestes modelos e atoparon catro puntos en común: (1) atención ás necesidades psicosociais e físicas do paciente; (2) coñecer as preocupacións do paciente; (3) convir un grao de sociedade; (4) facilitar a participación do paciente na toma de decisións.

Segundo explica Borrell (2004: 24), as características operativas da relación centrada no paciente serían:

- Permítelles aos pacientes expresar as súas preocupacións máis importantes.
- Persegue que os pacientes verbalicen preguntas concretas.
- Favorece que os pacientes expliquen as súas crenzas/ expectativas sobre a enfermidade.
- Facilita a expresión emocional dos pacientes.
- Proporciona información aos pacientes.
- Implica os pacientes na confección dun plan de abordaxe e tratamento.

Diversos estudos teñen amosado que a posta en práctica dun tipo de relación centrada no paciente mellora a satisfacción dos pacientes (Stewart, 1995; Williams et al. 1998;), a adherencia ao tratamento (Kinnorsley et al., 1999; Safran et al. 1998), os resultados médicos (Stewart et al., 2000), así como reduce as denuncias por mala praxe médica (Levinson et al. 1997).

Aínda que se aceptan como boas as premisas do estilo centrado no paciente, hai autores que matizan e cuestionan a súa universalidade pois sosteñen que existe unha ampla marxe de pacientes

normalmente que dende o exterior se percibe unha alteración do funcionamento normal, físico ou mental da persoa.

que prefiren o modelo biomédico, centrado na enfermidade (Torío e García 1997; Swenson, 2004; De Haes, 2006).

Segundo De Haes (2006):

- ☐ O modelo centrado no paciente non ten por qué ser o mellor considerado polo paciente.
- ☐ O modelo centrado no paciente non ten por qué ser necesariamente efectivo.
- ☐ O modelo centrado no paciente non ten por qué ser efectivo baixo certas condicións.
- ☐ Os pacientes non teñen por qué desexar ser informados.
- ☐ A toma de decisións compartidas pode non ser aplicable.
- ☐ Os pacientes poderían ter que ser disuadidos de tomar unha determinada decisión.

De Haes (2006: 295) conclúe que, segundo amosan os estudos efectuados ó respecto, os pacientes con niveis educativos máis baixos, peor pronóstico e alto nivel de ansiedade teñen unha baixa preferencia por ese modelo comunicativo.

“Results of studies seem to indicate that patients with lower education, a worse prognosis as well as a higher level of anxiety, may be more likely to have a lower preference for these communicative approaches”.

Os resultados neste senso, como o propio De Haes reconece, tampouco son contundentes.

En todo caso, a Comunicación centrada no Paciente subliña, en primeiro lugar, que o estilo comunicativos dos profesionais médicos ten consecuencias na satisfacción e observancia do tratamento por parte dos pacientes; en segundo lugar, a importancia de ter en conta o criterio do paciente –tanto para ser como para non ser informado, tanto para compartir ou non as decisións que o atañen-- e de que o médico teña o interese e as habilidades suficientes como para averigualo.

Aínda que hai moitos factores que condicionan a comunicación nos encontros médico-paciente, existen unha serie de recomendacións que beneficiarán o entendemento entre ambos. Enumeramos de seguido unha serie de consellos, baseándonos nas aportacións de Prados Castillejo (1992); Travaline et al.(2005) Barbero (2006), Brea Feijo (2007):

1. Adecuada conduta profesional: Calidez (cordialidade, proximidade afectiva), respecto, empatía, asertividade, sinceridade e contención emocional.
2. Averiguar o que o paciente xa sabe e o que desexa saber.

3. Ir máis alá da praxe clínica. Identificar as preocupacións do paciente e tentar darlles resposta. Comprender a persoa completa, explorar as ideas e as expectativas do paciente.
4. Falar amodo e cunha linguaxe clara. Dar explicacións fáciles de comprender, evitando a linguaxe técnica.
5. Dicar a verdade.
6. Ser esperanzador.
7. Ollar o rostro e o corpo do doente para recoñecer a información non verbal.
8. Estar preparado para a reacción do paciente.
9. Propiciar a creación dun vínculo terapéutico.

5.3. A ENTREVISTA CLÍNICA. CARACTERÍSTICAS, ETAPAS, RECOMENDACIÓNS

A comunicación entre médico e usuario prodúcese nun encontro que moitas veces ten lugar nas consultas de Atención Primaria e Especializada e que toma a forma de “entrevista clínica”.

Idealmente,

“la entrevista clínica es una relación interpersonal en la que el entrevistador logra una conexión emocional con los pacientes mediante un acogimiento adecuado (cordialidad) y una relación empática (transmitiendo comprensión hacia las emociones del paciente)” (Pascual e Indurain, 2001).

A Entrevista Clínica permítelle ó médico obter a información necesaria para tentar poñer remedio ó problema de saúde que aqueixa o usuario, polo que se convirte nunha ferramenta de traballo moi valiosa para o profesional sanitario.

“la comunicación continúa siendo la herramienta primaria e indispensable con la cual médicos y enfermos intercambian información” (Almanza-Muñoz et al., 1999: 161).

“En la práctica médica se utiliza como vía de comunicación la entrevista clínica, donde con preguntas clave el médico conocerá qué siente el paciente, qué le preocupa, cómo y cuándo comenzó la alteración de su bienestar anterior y cuál era su historia de salud antes de acudir a consulta” (Almarales, 2003).

“La entrevista sigue siendo un poderoso instrumento diagnóstico, pues permite diagnosticar por sí misma con acierto en un 75% de ocasiones, además de

poseer gran valor en todas las actividades preventivas y de educación para la salud” (Pacual; Indurain: 2001).

A Entrevista Clínica ten sido plantexada, tradicionalmente, como un interrogatorio no que o médico pregunta e o paciente límitase a respostar, xogando un papel reticente ou pasivo.

“Todavía seguimos utilizando en la relación con los pacientes estilos muy precriptivos, autoritarios y con enfoques puramente biomédicos. Los tratamientos se imponen más que se consensúan, y las posibilidades de participación del paciente en las decisiones clínicas son escasas”. (Bóveda Fontán, 2007: 292).

Porén, o papel do paciente durante a entrevista non debera ser meramente reactivo. A Entrevista Clínica debe ser un diálogo, unha conversa, na que o punto de partida serán os síntomas físicos e as preocupacións do paciente sobre o seu estado de saúde e, a partires de aí, xurdirá un diálogo, un intercambio de información mutuo e unha toma de decisións compartida.

A entrevista clínica pode non estar suxeita a ningún esquema previo, ou, pola contra, ser unha entrevista con preguntas pechadas dirixida e controlada polo profesional médico. A medio camiño, Borrell i Carrió (2004) propón unha *entrevista semiestructurada*, que constaría de dúas partes:

A Parte exploratoria. Abrangue:

- Antes de que o doente entre na consulta: Repasar a lista de problemas ou o resumo aberto do doente.
- Saúdo cordial.
- Determinar o motivo da consulta. Mapa de demandas e mapa de queixas. Patobiografía.
- escoita activa.
- Averiguar e completar datos.
- Sumario da información obtida.
- Exploración física, se procede.

B. Parte resolutiva. Inclúe:

- Informar sobre a natureza do problema.
- Proponer un plan de acción nun clima de diálogo.
- Explicar o tratamento e a evolución previsible.
- Comprobar a comprensión e/ou aquiescencia do doente.

- Tomar precaucións e pechar a entrevista.

Dende o noso punto de vista e baseándonos nas aportacións de Borrell (2004), Cléries (2006) e Silverman et al. (2005), a entrevista médico-paciente debería estruturarse do seguinte modo:

Fase inicial. As bases do clima comunicativo.

1. Saúdo cordial e amable.

O médico debería presentarse se é a primeira visita. Dirixirse ó paciente polo seu nome. Darlle a man, manter o contacto ocular, sorrir. Atender á comodidade física do paciente.

2. Exposición dos motivos da visita por parte do paciente.

O médico faralle unha pregunta aberta para deixar que o paciente expoña o seu relato da enfermidade ou dos síntomas sen interrompelo.

Amosarase interesado no que lle está contando o paciente. Deberá empregar as técnicas de escoita activa (paralingüística, asentimentos de cabeza, etc.).

Debería prestarlle atención ás emocións /sentimentos que manifeste o paciente.

Se hai máis dun motivo de consulta, negociar os asuntos que se tratarán nesta visita tendo en conta as necesidades de ambos.

Cando o paciente remate, o médico pode facer un resumo do exposto para comprobar que entendeu o que o paciente desexaba explicarlle.

Fase central. O desenvolvemento da conversa.

3. Entrevista propiamente dita. Diálogo, conversa, sobre os problemas de saúde actuais do usuario e, se fose preciso, sobre os seus antecedentes médicos.

O médico debe animar o paciente a contar a historia do problema dende que comezou até hoxe.

Ao longo da entrevista, o médico empregará preguntas abertas e pechadas, segundo conveña.

Facilitará as respostas do paciente verbal e non verbalmente.

Clarificará os aspectos que necesiten algunha ampliación.

Evitará en todo momento a linguaxe técnica.

O médico valorará o impacto da problemática na calidade de vida do paciente. Debería poñerse no seu lugar (practicar a empatía).

Explorará as ideas, preocupacións e expectativas do paciente. Éste debería poder expoñer as súas crenzas sobre a enfermidade e cales cre que son as súas causas.

Compartirá as súas reflexións co paciente para ir favorecendo a súa implicación.

Estruturará a entrevista de maneira lóxica e fará un breve resumo do explicado polo paciente ó remate das principais cuestións que se traten.

Se le, toma notas ou emprega o ordenador, farao de maneira que non interfira no diálogo.

4. Durante a exploración física, se procede, o médico iralle explicando ó paciente en qué consiste e pedíndolle permiso.

Fase final. O acordo ou toma de decisións compartida.

5. O médico explica a información sobre o diagnóstico e o paciente preguntará aquilo que non comprenda ou exporá o seu grao de acordo/desacordo.

- 5.1. O médico proporciona o tipo e cantidade de información adecuado.

- Primeiro, o médico debería coñecer o grao de desexo de información do paciente. Dita información debe proporcionarse de forma asimilable e comprensible. Evitar proporcionar información, advertencias, ou seguridade, de forma prematura.

- O médico debe evitar o uso dunha linguaxe técnica. Ser conciso e empregar unha linguaxe entendible polo paciente.

- Organizará a información nunha secuencia lóxica.

- Escoitará o paciente e comprobará a súa capacidade de comprensión. Se for conveniente, proporcionaralle información escrita.

- 5.2. Incorporase a perspectiva do paciente.

- O médico debería dar explicacións dende a perspectiva do paciente, tendo en conta as ideas, preocupacións e expectativas explicadas polo paciente con anterioridade.

- Darlle a oportunidade e animar o paciente a preguntar, expresar dúbidas, etc.

- Debería fomentar que o paciente expresase as súas crenzas e reaccións.

6. Negociación. Acordo do tratamento a aplicar. Involucrar o paciente na toma de decisións.

- O médico debería ofrecerlle ó paciente suxestións ou opcións, máis que directrices e animar o paciente a participar coas súas ideas ou suxestións.

- Explorar as opcións de tratamento.

- Negociar un plan mutuamente aceptable.

- Finalmente, comprobar que o paciente acepta o plan e que as súas preocupacións xa foron expresadas.

- O médico explicará posibles efectos inesperados e qué facer se o plan non funciona, onde e como buscar axuda.

Resumir a sesión brevemente e clarificar o plan de coidado.

Comprobar que o paciente está de acordo e conforme co plan e preguntarlle se ten algunha corrección ou pregunta.

Nesta etapa, resulta de interese que o médico manexe unha serie de técnicas de negociación (García e Ogando, 2005):

- Cesión real e intencional. Aceptar unha petición ou suxestión para aplicala de maneira inmediata (cesión real) ou a nivel de intencións futuras (cesión intencional).
- Reconversión de ideas. Discutir as crenzas do paciente mostrando as súas incoherencias, indicando as súas contradicións e contrapoñéndoo a outra información. Debe facerse en clima empático, sen vencedores nin vencidos, facilitando cambios de actitudes.
- Dobre pacto. Ceder a cambio doutra cesión.
- Paréntese. Pospoñer a resolución ou demanda do paciente.
- Disco raiado. O entrevistador repite a súa posición entendendo que é o punto final da negociación, sen cambios na tonalidade da voz nin outras indicacións que dean a impresión de que pode reabrirse o proceso.
- Recondución por obxectivos. O entrevistador desvíaa atención do paciente cara ó obxectivo principal: qué facer para mellorar o seu estado de saúde.
- Proposta de nova relación. Indica unha condición necesaria para proseguir coa relación asistencial, e no caso de non darse esta condición a relación dáse por finalizada.

7.Consensuar a próxima cita/ revisión. Despedida cordial e amable.

Nas recomendacións que se acaban de expoñer, a comunicación non verbal ocupa un lugar moi importante. As persoas empregamos a comunicación verbal e a non verbal para relacionarnos. Ésta contribúe a lograr que exista unha boa relación comunicativa entre médico e paciente. Os xestos, as expresións do rostro, o ton de voz, a ollada, a proximidade, etc. son elementos que forman parte da mensaxe que se transmite. A comunicación non verbal pode reforzar ou substituír o código verbal. Se a comunicación verbal di unha cousa e a comunicación non verbal di outra, o máis probable é que se faga caso da comunicación non verbal.

Por outra banda, observar o comportamento non verbal do paciente tamén pode aportarlle información de interese ó médico. Coidar a comunicación non verbal, polo tanto, é unha importante estratexia que ha de terse en conta para contribuír a unha boa comunicación médico-paciente en todo o proceso.

Funcións da comunicación non verbal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforzar a comunicación verbal. ▪ Substituír a comunicación verbal. ▪ Regular o fluxo de comunicación verbal. ▪ Proporcionar <i>feed-back</i>.

Táboa nº 70. Funcións da comunicación non verbal. Elaboración propia.

En xeral, algunhas actitudes que o médico debería poñer en práctica durante a entrevista clínica para mellorar a comunicación co paciente son (Brea Feijo, 2007: 242):

- Concederlle a palabra ó paciente. Deixar que conte os seus problemas e escoitalo con atención; implicarse nunha escoita atenta (activa) e abrirse ás emocións.
- Non esquecer que non hai enfermidades, senón enfermos. Centrarse no individuo, consideralo como persoa, interesándose por el e polo seu entorno familiar, social e laboral.
- Implicarse nunha transferencia de identificacións e afectos. Non actuar como máquinas terapéuticas ou diagnósticas, senón humanamente.
- Buscar a cooperación do paciente. Non aceptar toda a responsabilidade, nin actuar como deuses, senón buscar unha alianza ou colaboración responsable.
- Presupoñer ansiedades do paciente. Ansiedades do tipo: “non me entenderá... non me escoitará... non encontrará o que teño... igual atópame algo malo... faramé espir ou unha exploración molesta ou humillante... quizais sexa unha parvada e se ría ou me riña...”
- Evitar as ansiedades propias. Derivadas da inseguridade do tipo: “non serei capaz... outro faríao mellor... igual arríscome... é que non sei qué lle dicir... é un tema moi íntimo”.
- Considerar que hai enfermidades de base psicosocial. Encadrar o modo de enfermarse no seu contexto cultural e non limitado ó feito da enfermidade a unha consideración puramente biolóxica.
- Esforzarse no dominio das técnicas, destreza ou habilidades en comunicación. A entrevista clínica é o instrumento máis capaz, suficiente na maioría dos casos, para chegar a un diagnóstico.

5.4. HABILIDADES COMUNICATIVAS NECESARIAS PARA OS PROFESIONAIS SANITARIOS

Tanto o médico como outros profesionais sanitarios deberían poñer en práctica unha serie de habilidades relacionais que farán máis fácil a comunicación co paciente. Ditas habilidades comunicativas deberían formar parte da formación dos profesionais médicos, tendo en conta que a relación médico-paciente constitúe a base e o eixo central da práctica clínica.

A importancia de incorporar ditos habilidades na competencia das profesións sanitarias queda xustificada polos seguintes aspectos (Clèries et al. 2003):

1. O progreso da sociedade e a toma de conciencia por parte do cidadán de que quere e pode ter unha maior implicación na toma de decisións.
2. A percepción de perda de prestixio por parte dos profesionais sanitarios, especialmente da profesión médica, debido a que “non sabe comunicarse” co paciente e coa sociedade.
3. A chegada a España das tendencias anglosaxonas derivadas do modelo biopsicosocial e a Escola de Palo Alto (EE.UU) e Peruggia (Italia).

Os manuais destacan, sobre todo, o dominio das seguintes habilidades comunicativas: a empatía; a escoita activa; habilidades na realización de preguntas e o estilo asertivo.

▪ EMPATÍA

A empatía é a capacidade de poñerse no lugar do outro sen xulgallo.

“El término empatía se refiere a la transmisión al cliente de nuestra comprensión acerca de los sentimientos expresados y de las experiencias descritas desde su punto de vista (...) es importante comunicar la aceptación de las reacciones y sentimientos del cliente, más allá de cualquier juicio personal, moral o cultural. Aceptación que deberá mostrarse evitando expresiones de evaluación, implícita o explícitamente” (Wilson et al., 1995: 16).

A actitude empática é un procedemento en tres fases (Castellanos Sánchez, 2004):

1. Fase da identificación. O médico non se sente indiferente e trata de poñerse no lugar do paciente.
2. Fase de incorporación e repercusión. É un paso máis alá da identificación. A observación do outro faíños autoobservarnos de modo inconsciente.

A autoobservación dá lugar a que esperten en nós impulsos correspondentes a esa vivencia, ou un conxunto de sentimentos.

3. Fase de separación. Prodúcese a retirada da implicación no plano sentimental. Recórrase á razón, restablecendo a distancia social e psíquica e evitando posibles sentimentos de culpa. Se esta fase non se produce, existe risco de *síndrome de burn-out*.

A principal dificultade na práctica da empatía consiste en que resulta máis fácil xulgar e interpretar (tranquilizar, dar consellos, propoñer solucións inmediatas...) que entrar no mundo do outro.

Para poñer en práctica a capacidade empática, o profesional médico deberá estar exercitado na observación do comportamento verbal e non verbal do paciente:

“A diferencia de la mente racional, que se comunica a través de las palabras, las emociones lo hacen de un modo no verbal. Una regla general utilizada en las investigaciones sobre la comunicación no verbal afirma que más del 90% de los mensajes emocionales son de naturaleza no verbal” (Goleman, 2004: 123).

Ademais de comprender as emocións e os pensamentos do paciente, o médico debe darlle a entender ao paciente esta comprensión. Determinadas expresións poden resultarlle de utilidade (García e Ogando, 2005): *Entendo que...Comprendo que... Imaxino como se sente... Podo entender que se sinta así*, etc.

▪ ESCOITA ACTIVA

Para empatizar e comprender alguén, cómpre realizar unha escoita activa. A escoita recibe o adxectivo de “activa” porque o profesional non se limita só a escoitar as palabras do paciente, senón que se interesa polo que éste lle relata e axúdalle a explicarse.

Hai unha serie de habilidades comunicativas que poden contribuír a desenvolver unha escoita activa. Entre elas (Maestro Hernández, 2004a; Borrell, 2004; Pascual e Indurain, 2001)

- Evitar o *síndrome do experto*: Cando alguén ten un problema, o médico xa ten a solución antes mesmo de que a persoa chegara á metade da súa exposición.
- Coidar o entorno, buscar un lugar sen interrupcións, nin terceiras persoas.
- Empregar tanto mensaxes verbais, coma non verbais, para darlle a entender ó paciente que o comprendemos.

- Respectar as pausas.
- Non cortar bruscamente o fío do discurso.
- Formular preguntas abertas.
- Parafrasear con frecuencia, é dicir, facer pequenos resumos do seu discurso durante o transcurso da conversa. Axuda ó paciente a pensar con claridade sobre un problema concreto xa que esta técnica favorece a ordeación e sistematización do pensamento.
- Non sacar conclusións precipitadas.
- Silencio funcional. Aquel que axuda ao paciente a concentrarse e a meditar ou provócalle unha tensión que o conduce a dicir ou facer algo que inicialmente non quería dicir ou facer.
- Facilitación. Conduta do entrevistador, verbal ou non verbal, coa que axuda a que o paciente inicie ou prosiga o seu relato, sen suxerir os contidos do mesmo.
- Frases por repetición. Repetir unha palabra ou frase que acaba de dicir o paciente para orientar a atención do mesmo cara á ese aspecto.
- Clarificación. Intervención verbal ou non verbal que obriga o paciente a explicar o sentido dun termo ou idea. Non se debe abusar desta técnica para que a entrevista non se convirta nun interrogatorio policíaco.
- Sinalamento. Poñer de manifesto emocións ou condutas. Pode facerse mediante a observación do estado de ánimo do paciente (“parece como se estivese enfadado...”) ou sobre unha conduta recente. O primeiro sería o sinalamento emocional e o segundo, o sinalamento condutual.
- Baixa reactividade. O entrevistador deixa un espazo de tempo entre a intervención do paciente e a súa. Evítanse así as interrupcións ó paciente.
- Empatía. Conduta, verbal ou non verbal, que manifesta solidariedade emocional sen prexulgar etica ou ideoloxicamente.

▪ HABILIDADES Á HORA DE PREGUNTAR

Na entrevista clínica, o profesional sanitario agarda obter unha información que lle permita diagnosticar adecuadamente o paciente.

Para conseguilo, deberá poñer en marcha diversos paquetes de habilidades anamnésicas (Borrell, 2004):

HABILIDADES ANAMNÉSICAS	
Habilidades de escoita activa	Mostrar interese, facilitacións, frases por repetición, empatía
Anamnese focal	¿Como é a molestia? ¿Dende cando? , etc.
Anamnese psicosocial	¿Como se encontra de estado de ánimo? ¿Ten moitas preocupacións?
Anamnese centrada no paciente	¿Con que relaciona a molestia ou que pensa que pode ter? ¿Problemas na casa que puidieran influir?, etc.

Táboa nº 71. Habilidades anamnésicas necesarias para o médico. Fonte (Borrell, 2004).
Elaboración propia.

Á hora de realizarlle preguntas ao paciente, o médico debe saber cando convén empregar preguntas abertas ou pechadas. Borrell (2004) recomenda dúas estratexias segundo o grao de colaboración do paciente:

- Se o paciente é colaborador, comezar por preguntas abertas; pasar aos menús de suxestións (o médico ofrece posibilidades de resposta) e concretar máis no final con preguntas pechadas.
- Se o paciente está bloqueado comezar con preguntas pechadas (si/non), pasar ás facilitacións, de aí aos menús de suxestións e se o paciente está empezando a dar respostas máis longas, pasar ás preguntas abertas.

▪ ESTILO ASERTIVO

O estilo asertivo é unha habilidade comunicativa que consiste en manexar os sentimentos propios sen deixarnos conducir por eles no comportamento, senón afirmándonos por riba deles. O noso comportamento é asertivo cando facemos respectar os nosos dereitos sen agredir os dereitos do outro.

As principais características da conduta asertiva son (González García, 2006):

- Autenticidade. Coherencia entre o que se di, o que se expresa con feitos e o que se fai; ser congruente, ser capaz de expresar os sentimentos e actitudes.
- Aceptación incondicional do outro, aceptar o outro tal e como é.
- Empatía. Poñerse no lugar do outro, sentir en, sentir dende dentro do outro.

A sensibilización dos profesionais sanitarios, especialmente do médico, coa importancia da comunicación cos pacientes e o seu entrenamento en habilidades comunicativas é unha base fundamental para mellorar a súa satisfacción e a do paciente. Para iso, convén que a formación do médico non exclúa ou obvie o estudo da posta en práctica das habilidades comunicativas.

Dende a perspectiva de Gil et al. (1995), os programas de entrenamento en habilidades sociais dos profesionais da saúde deben incorporar habilidades cognitivas e condutuais:

- a) Habilidades cognitivas, orientadas a modificar determinadas concepcións que interfiran negativamente na percepción que o profesional da saúde ten da situación (ex. Evitar certos temas, exercer control sobre o paciente, etc.).
- b) Habilidades condutuais. Entre as que destacan:
 - Habilidades orientadas á realización de entrevistas: saber escoitar, saber formular preguntas (abertas-pechadas), realizar reformulacións e sínteses, saber iniciar e concluír a entrevista...
 - Habilidades para transmitir información e persuadir. Habilidades para facilitar a comprensión da mensaxe de saúde, o seu recordo e o seu cumprimento.
 - Habilidades de negociación, que esixen a posta en práctica de determinadas estratexias en función da fase da negociación.
 - Habilidades asertivas. A ausencia destas habilidades vén acompañada de determinadas crenzas: querer quedar ben con todos os pacientes, non negarse a ningunha petición, considerar vergonzoso o cometer erros, etc.
 - Habilidades para afrontar situacións conflitivas, saber tranquilizar o paciente, saber afrontar presións, etc.

Agora ben: ¿Que protagonismo teñen as habilidades de comunicación nos planos de estudo das Facultades de Medicina españolas? Segundo explican Clèries et al. (2003), en España a formación de pregrao apenas ten en conta a importancia das habilidades comunicativas, unha formación que se deixa para a etapa de posgrao ou formación continua e por parte de institucións non universitarias.

“Mientras que en otros países las universidades lideraban la difusión de estas materias del pregrado al posgrado y a la formación continuada de todos los profesionales, en España se da el proceso inverso: desde el posgrado y desde instituciones no universitarias se difunden las habilidades en comunicación para afectar, en último término y de manera incompleta, al pregrado” (Clèries et al, 2003: 104).

Os planos de estudo das facultades de medicina española derivan da directriz xeral propia (RD 1417/1990) que contemplaba 12 materias troncais, 6 en primeiro ciclo e 6 no segundo. A carga lectiva total, incluídas materias troncais, obrigatorias, optativas e de libre configuración oscila na actualidade entre os 500 e os 540 créditos. Partindo destas doce materias troncais comúns, cada facultade elaborou o seu propio plano de estudos.

Neses planos de estudos, de media, un 80% dos créditos son troncais e o 20% restante abrangue asignaturas obrigatorias, optativas e de libre configuración. Pero escasamente podemos atopar algunha asignatura adicada á formación en comunicación dos futuros profesionais médicos.

Trala revisión da oferta docente das Facultades de Medicina españolas, por canto a asignaturas orientadas a formar en comunicación e/ou habilidades sociais os futuros profesionais médicos, moi poucas son as facultades que ofrecen dita formación ó alumnado e aquelas que si o fan ofertan estes contidos como optativos ou de libre elección.

Universidade	Total créditos da Licenciatura	Asignaturas relacionadas coa Comunicación	Nome e Tipo ⁴³	Créditos asignados
Alcalá de Henares	501	0	-	0
UAB	500	0	-	0
UAM	500	0	-	0
UB	500	1	Información, documentación y comunicación en ciencias de la salud (Optativa)	20
Cádiz	500	0	-	0
Cantabria	528	0	-	0
Castilla La-Mancha	500	0	-	0
Complutense de Madrid	540	0	-	0
Córdoba	508	0	-	0
Extremadura	510	0	-	0
Granada	534	0	-	0
La Laguna	520	0	-	0
Las Palmas de Gran Canaria	540	0	-	0

⁴³ As asignaturas de libre elección a miúdo poden escollerse de entre a oferta xeral da universidade, pero iso non garante que o interese dos estudantes se decante por materias relacionadas coa Comunicación. As que aquí se recollen son as ofertadas no marco dos estudos de Medicina.

Lleida	522	0	-	0
Málaga	500	0	-	0
Miguel Hernández	520	1	Habilidades sociales en la práctica profesional (Libre Elección)	5
Murcia	510	0	-	0
Navarra	509	0	-	0
Oviedo	540	0	-	0
País Vasco	520	0	-	0
Reus	540	0	-	0
Salamanca	500	0	-	0
San Pablo-CEU	540	0	-	0
Santiago de Compostela	528	1	Relación médico-doente (Optativas)	4,5
Sevilla	540	1	Habilidades de comunicación (Libre Elección)	No consta
Valencia	500	0	-	0
Valladolid	500	0	-	0
Zaragoza	504	1	Entrevista clínica y Comunicación asistencial (Libre Elección)	3

Táboa nº 72. Asignaturas destinadas á formación en comunicación nas licenciaturas de Medicina das facultades españolas durante o curso 2007-2008. Elaboración propia.

Na actualidade, estamos a vivir no marco universitario un momento de transición cara ó Espazo Europeo de Educación Superior, unha oportunidade que pode ser aproveitada para trasladar ós planos de estudo da Licenciatura en Medicina a importancia das habilidades comunicativas. Así se contempla no Libro Branco do Título de Grao en Medicina (elaborado pola ANECA⁴⁴), onde se acorda que o médico con formación básica –polo tanto, de pregrao- debe manexar as seguintes habilidades comunicativas:

- ☐ escoitar con atención, obter e sintetizar información pertinente acerca dos problemas que aqueixen o enfermo, e comprender o contido desta información.
- ☐ Redactar historias clínicas e outros rexistros médicos de forma comprensible a terceiros.
- ☐ Comunicarse de modo efectivo e claro, tanto de forma oral como escrita cos pacientes, familiares, medios de comunicación e outros profesionais.
- ☐ Establecer unha boa comunicación interpersoal, que capacite para dirixirse con eficiencia e empatía ós pacientes, ós familiares, medios de comunicación e outros profesionais.

Dentro da Estrutura Xeral do Título que propoñen, as Habilidades en Comunicación conformarían un dos sete bloques de contidos nos que se basea a proposta, cos seguintes obxectivos de coñecemento.

⁴⁴ Disponible en http://www.aneca.es/activin/docs/libroblanco_medicina_def.pdf [23/06/08]

SABER		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelos de relación clínica. 2. Tipos e fases da entrevista. 3. Características do entrevistador. 4. Elementos da comunicación verbal e non verbal. 5. Interferencias na comunicación. 		
SABER FACER		
Saber facer con competencia (rutinariamente, sen supervisión)	Ter sido practicado baixo a supervisión do titor	Verllo practicar a un experto
<ol style="list-style-type: none"> 1. escoitar con atención, obter e sintetizar información pertinente acerca dos problemas que aqueixan o enfermo, e comprender o contido desa información. 2. Redactar historias clínicas, informes e outros rexistros médicos de forma comprensible a terceiros. 3. Redactar instrucións axeitadas para os pacientes. 4. Exposición oral e escrita de traballos científicos ante un auditorio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coñecer, valorar criticamente e saber empregar as fontes de información clínica e biomédica para obter, organizar, interpretar e comunicar a información científica e sanitaria. 2. Saber utilizar as tecnoloxías da información e da comunicación nas actividades clínicas, terapéuticas, preventivas e de investigación. 3. Manter e utilizar os rexistros con información do paciente para a súa posterior análise, preservando a confidencialidade dos datos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicarse de modo efectivo e claro, tanto de forma oral como escrita cos pacientes, os familiares, os medios de comunicación e outros profesionais. 2. Establecer unha boa comunicación interpersonal, que capacite para dirixirse con eficiencia e empatía ós pacientes, familiares, medios de comunicación e outros profesionais. 3. Aconsellar adecuadamente os pacientes sobre melloras nos seus hábitos de saúde que eviten ou diminúan o recurso a medicamentos ou terapias invasivas. 4. Obter un consentimento informado.

Táboa nº 73. Obxectivos en habilidades comunicativas do médico con formación básica.
Fonte: Libro Blanco de Medicina. ANECA, 2005.

O feito de incluír algunha/s materia/s de comunicación no plano de estudos implicaría ofertar a posibilidade para todos os futuros médicos de realizar un entrenamiento teórico e práctico na relación comunicativa cos usuarios, sen deixalo ó voluntarismo de quen posteriormente se anime a realizar algún curso de formación de posgrao, o que contribúe para prepararlos para unha profesión que precisa da comunicación como unha ferramenta de traballo diario.

6. A COMUNICACIÓN CO USUARIO HOSPITALIZADO. TRES CONTEXTOS FUNDAMENTAIS: ADMISIÓN, PASE DE VISITA DIARIO E ALTA MÉDICA

Como anticipamos, unha boa Comunicación co usuario repercute de maneira positiva a diferentes niveis:

1. Situación médica do Usuario e eficacia da acción médica efectuada. Mellora no pronóstico, na adhesión ó tratamento e no estado psicolóxico do paciente durante a súa hospitalización.
2. Calidade percibida do servizo e satisfacción. Aporta sensación de coordinación, atención individualizada e humanización da práctica médica.
3. Desenvolvemento do traballo do médico. Os problemas de comunicación co doente, que constitúen un dos desencadeantes do *burn-out*, desaparecerían ou diminuírían. Tamén se reducirían as demandas por mala praxe médica.
4. Xestión hospitalaria. Haberá unha maior racionalidade en ingresos e altas e no emprego dos recursos económicos do hospital se existe dito entendemento.

Comunicación da Información acerca da Enfermidade	
¿Axeitada?	
SI	NON
Maior satisfacción do Usuario. Mellor prognóstico.	Menor satisfacción do Usuario. Prognóstico comprometido.
Coñecemento de antecedentes Rexistros médicos de maior calidade.	Falta de coñecemento de antecedentes. Rexistros médicos de baixa calidade.
Eficacia das accións de saúde. Uso máis racional dos recursos. Diminución de costes.	Ineficacia das accións de saúde. Admisións hospitalarias evitables. Aumento de costes.
Posibilidade de desenvolver investigación, docencia e educación en saúde.	Freno á investigación, docencia e educación en saúde.
Mellor calidade da atención médica.	Menor calidade da atención médica.

Táboa nº 74. Vantaxes e inconvenientes da comunicación da información vinculada á doenza do paciente.
Fonte: Sitkewich, 1992: 19. Elaboración propia.

Na Comunicación co Usuario e coa súa familia durante o proceso de hospitalización, vense implicados os distintos profesionais que traballan no hospital, e, polo tanto: médicos/as, enfermeiros/as, ATS, fisioterapeutas, anestelistas, psicólogos, traballadores sociais, persoal de administración e servizos, etc.

O rol que desempeñan, o tipo de comunicación que establecen co paciente e o tipo de información que lle faciliten serán, por suposto, ben distintos, aínda que en todos os casos debería prevalecer a vontade de servizo ó paciente.

Dende o noso punto de vista, a grandes riscos, a Comunicación ó Usuario hospitalizado responde ás seguintes tipoloxías principais:

- Comunicación e Información sobre a Enfermidade (CIE): Diagnóstico, evolución, así como probas e tratamento do paciente. Ocuparase o persoal sanitario, preferentemente o facultativo, inda que axudado polo persoal sanitario non facultativo que lle aportará as explicacións máis rutinarias.
- Comunicación xeral sobre dinámicas e funcionamento do hospital: sobre a estadía, normas, aspectos administrativos e de utilidade en xeral, queixas, asistencia social... da que se pode

ocupar persoal sanitario ou non sanitario, inda que é máis probable que sexan estes últimos quen se ocupen deste aspecto da comunicación.

- Comunicación para a prevención e educación en saúde. A través de campañas de comunicación social e do traballo educativo-preventivo de todos os profesionais sanitarios.

Actores do Hospital en contacto co Usuario	Tipo de Comunicación		
	CIE	Xeral	Educativa
Facultativos	x		x
Enfermeiros	x	x	x
Auxiliares de enfermería		x	
Psicólogos	x		x
Celadores		x	
Administrativos		x	
Asistentes sociais		x	

Táboa nº 75. Actores e Comunicación ó Usuario no Hospital. Elaboración propia.

Segundo a Guía Seaus (2000)⁴⁵, no ámbito hospitalario, resulta especialmente importante a información ó Usuario nos seguintes momentos:

- A información na área de Urgencias. Na área de Urgencias é preciso establecer un punto de información que sexa o nexo de unión entre os familiares e o paciente, procurando atenuar as posibles situacións de incertidume ou angustia.
- A información no preingreso. A información previa ó ingreso debe contemplar: a hora, o servizo, o que o paciente precisa levar, os aspectos organizativos do centro, como horarios, visitas, recomendacións e normas e plano do hospital.
- A información sobre o proceso cirúrxico. A información sobre o proceso cirúrxico contemplará: a preparación, anestesia, reanimación, e recomendacións para o paciente e os seus familiares.
- A información á alta. A información que recibe o paciente con relación á alta estará formada por: o aviso de alta, efectuado 24 horas antes, a entrega do informe clínico de alta para o médico de cabeceira-médico de familia, o informe de alta de enfermería, naqueles casos nos que o paciente necesite un seguimento especial, o proceso a seguir unha vez fóra do hospital, o día da próxima visita.

⁴⁵Editada pola Sociedade Española de Atención ó Usuario da Sanidade (<http://www.seaus.net>).

Como recomendacións comúns para o trato e a información ao usuario hospitalizado, podemos recomendar as seguintes actuacións en materia de comunicación (López Schmid, 1999; *Libro de estilo do Servizo Andaluz de Saúde* 2003: art. 26, 27, 29 e 30; Taylor, 2003; Gallar, 2005)

Presentación do persoal que o atende. Mostrar interese. Tratalo polo seu nome.

- O médico responsable dun paciente presentárase persoalmente (nome, apelidos, función) ós usuarios (pacientes e/ ou acompañantes) na primeira visita. Igualmente, debe facelo o persoal de enfermería responsable da atención.
- Sempre que a situación do paciente e as características da intervención o permitan, ó paciente informáraselle da función de calquer profesional sanitario que o atenda directamente.

A información que se lle ofrecerá é: a función (*o anestesista*), o nome (*Dra. Gómez*) e qué vai facer con el (*von facerlle unhas preguntas para decidir o sistema de anestesia*). Asimesmo, sempre que sexa posible, hai que informar ó usuario de quen lle vai atender a continuación e para qué.

- Os profesionais deben indicarlle que están á súa disposición e que pretenden facerlle a hospitalización agradable e axudarlle en todo canto poidan; interesaranse pola súa persoa. O usuario tamén valorará que saibamos o seu nome e o seu problema antes de velo por primeira vez, pois así dámoslle a entender que coñecemos e controlamos a súa situación.

Información como un continuo e actualizada periodicamente

- A información debe ser un continuo. Nas actuacións clínicas non se trata de agardar a ter todos os datos para ofrecer unha opinión fundada senón que, na medida do posible, debe proporcionarse información en todas as fases da atención sanitaria, sen que necesariamente isto signifique crear alarma innecesaria.
- A información contribúe enormemente a paliar a sensación de falta de control, polo que debe ser periódica. Non esquezamos que a información é responsabilidade do médico, polo que é el quen preferentemente proporcionará a información confidencial e decisiva (diagnóstico, tratamento, pronóstico...).
- Explicarlle en qué consiste cada unha das manobras diagnósticas e terapéuticas ás que vaia sendo sometido. Se se lle vai mancar con algún dos procedementos (sondaxe, punción...) é importante advertirlllo previamente. Resulta fácil que pola dinámica de traballo se esquezan detalles que constitúen un grande alivio para o doente.

- Os profesionais teñen a responsabilidade de ofrecer a información necesaria e axeitada ás necesidades dos usuarios, sen agardar a que estes lla pidan. Enténdese por información necesaria:
 1. A que solicita o usuario en relación cos temas que lle afecten.
 2. A que lle axuda a comprender o proceso da súa enfermidade ou do paciente a quen acompaña, entender a razón de calquer intervención sanitaria (ou da non intervención) e decidir asumila, prepararse para afrontar mellor o autocoidado e mellorar a súa saúde.
 3. A relativa ó tratamento e as probas diagnósticas, tanto se informar é imprescindible porque o usuario ten que tomar parte activa coma se o tratamento ou a proba se leva a cabo sen a súa intervención.
 4. A que orienta o usuario no funcionamento da asistencia, fundamentalmente aquela que pode evitar que o usuario sufra molestias.
 5. A que permite que o usuario sexa atendido en calquer outro lugar da rede asistencial que el elixira.
 6. A que se refire a aspectos de saúde colectiva de especial interese, incidencia ou risco. E a que lle axuda a manter un estado óptimo de saúde, tomar decisións positivas para a súa saúde e reforzar comportamentos saudables.

Escoitar e responder as súas demandas

- Percibir que o médico está aberto a recibir preguntas, mellora a comunicación e incrementa a satisfacción do paciente.
- Escoitar a súa demanda xa sexa de información, de comunicación, ou de exteriorizar a súa angustia: o feito mesmo de expresarse serve para disminuir a súa ansiedade. E unha das demandas implícitas que solicitan pacientes e familiares como antídoto da ansiedade é seguridade.
- Os servizos de información, administración, controis de enfermería e calquer área onde se atenda o público, deberán atender sempre correctamente e con simpatía os usuarios.
- Calquer traballador debe atender con dilixencia calquer pregunta ou dúbida que proceda dun paciente ou familiar do paciente, procurando axudalo sempre ou indicándolle onde poden solucionar aquela pregunta que plantexan.

Estas recomendacións constitúen unhas directrices xerais de información e comunicación co usuario hospitalizado. Facendo un percorrido polas principais etapas do ingreso hospitalario, coñeceremos de modo máis concreto, o tipo de información que debe proporcionarse e a actitude que debe poñerse en práctica.

6.1. SECUENCIACIÓN DA COMUNICACIÓN CO USUARIO HOSPITALIZADO: MOMENTOS CLAVE E TIPOS DE INFORMACIÓN ASOCIADOS

No hospital, danse alomenos tres situacións nas que a Comunicación pode estar planificada. Estamos a falar das etapas que se producen no ingreso, ben programado, ben por urxencias: a) Na chegada ó hospital (Admisión); b) no día a día do usuario hospitalizado (pase de visita diario) e c) na marcha do hospital (a alta médica).

1. A ADMISIÓN. O MOMENTO DA ACOLLIDA E DA BENVIDA

A admisión representa o momento de chegada do Usuario ó hospital para ser ingresado. Lévaa a cabo o Servizo de Admisión –ou Servizo de Admisión e Documentación Clínica- que, como xa se apuntou, leva o control da asignación de camas do hospital- ou, directamente, control de planta.

É un momento importante, dado que representa a benvida da institución hospitalaria ó recén chegado e debera ser unha *acollida*, baseada nun trato amable, cordial e próximo ó paciente e ós familiares que o acompañan.

“La calidad de la relación interpersonal paciente/pofesional será la que convertirá el ingreso meramente burocrático en acogida” (Busquets Surribas, 1991: 17).

Previamente, o Usuario tivo que ser avisado do día e hora do ingreso, así como da documentación a aportar e de aspectos máis cotiáns (roupa, etc.) que lle serían necesarios ou prescindibles.

Para a cumprimentación dos trámites administrativos, o Servizo de Admisión recolle do Usuario os seguintes datos (Manasanch i Dalmau, 1991: 44):

Datos de cumprimentación legal	Datos asistenciais-administrativos	Datos económico-sociais
<p>Nº de orde de ingreso, correlativo para todos os doentes.</p> <p>Nº de Historia Clínica do doente.</p> <p>Data e hora de ingreso.</p> <p>Apelidos e nome, sexo, data de nacemento, estado civil e residencia habitual do enfermo.</p> <p>Motivo do ingreso no hospital, especificando se se trata por orde facultativa, petición propia, petición familiar, orde xudicial ou gobernativa ou outro motivo e con carácter urxente ou ordinario.</p> <p>Diagnóstico provisional ou de ingreso.</p> <p>Diagnóstico definitivo ou de saída.</p> <p>Data de alta e motivo da mesma, especificando se é por curación, melloría, traslado a outro centro, defunción ou outro motivo.</p> <p>Número de orde de saída.</p>	<p>A. En Admisión de Ingresos:</p> <p>Unidade asistencial asignada e cama.</p> <p>Servicio e médico responsable do enfermo.</p> <p>Teléfonos de familiares para avisos urxentes.</p> <p>Alerxias coñecidas.</p> <p>Diagnóstico crónico.</p> <p>Enfermidade de declaración obrigatoria⁴⁶ no seu caso.</p> <p>No momento da Alta:</p> <p>Diagnósticos secundarios.</p> <p>Procedementos diagnósticos e terapéuticos.</p> <p>Data dos procedementos.</p> <p>Lugar de traslado, se a alta foi deste tipo.</p> <p>B. En Admisión de Urgencias:</p> <p>Modo de acceso.</p> <p>Motivo da asistencia.</p> <p>Persoal ou entidade que remite o paciente.</p> <p>Teléfonos de contacto con familiares.</p> <p>Servicio responsable da visita e ubicación do doente.</p> <p>Diagnóstico de presunción.</p> <p>No momento da saída:</p> <p>Data e hora da saída.</p>	<p>Número de afiliación da Seguridade Social.</p> <p>En caso de mutuas ou seguros privados, nome da entidade, tipo de cobertura, número de mutualista.</p> <p>En caso de accidente de tráfico, datos das compañías aseguradoras.</p>

⁴⁶ Son enfermidades de declaración obrigatoria (Real decreto 2210/1995, de 28 de decembro) as seguintes: Botulismo, Brucelosis, Cólera, Difteria, Disentería, Enfermedade meningocócica, Febre amarela, Febres tifoidea e paratifoidea, Gripe, Hepatite A, Hepatite B, Hepatites víricas outras, Infección gonocócica, Lexionelose, Lepra, Meninxite tuberculosa, Paludismo, Parotiditis, Peste, Poliomiélitis, Rabia, rubéola, Rubeola conxénita, Sarampión, Sífilis, Sífilis conxénita, Tétanos, Tétanos neonatal, Tifus exantemático, Tosferina, Triquinosis, Tuberculosis respiratoria, Varicela.

	<p>Diagnóstico da saída.</p> <p>Destino do usuario.</p> <p>Enfermidade de declaración obrigatoria no seu caso.</p> <p>C. En Admisión de Consultas Externas:</p> <p>Diagnóstico provisional ou definitivo.</p> <p>Diagnóstico de proceso crónico se existe.</p> <p>Médico responsable.</p> <p>Alerxias coñecidas.</p> <p>Enfermidade de declaración obrigatoria no seu caso.</p>	
--	---	--

Táboa nº 76. Información solicitada ó usuario polo Servizo de Admisión do hospital.
Fonte: Manasanch i Dlamau, 1991: 44. Elaboración propia.

Este procedemento –necesario para o bo funcionamento do hospital- debe combinarse cun trato humano de calidade e co establecemento dunha comunicación fluída, xa que os profesionais sanitarios non só deben recoller información dos usuarios á súa chegada, tamén deben proporcionarlle. É nese intercambio de información útil para uns –o hospital- e para outros –os usuarios- onde debe fundamentarse a acollida.

“La acogida del enfermo y de la familia ayudará al paciente a eliminar los sentimientos negativos. A los profesionales les permitirá informarles de las cuestiones que más les preocupan, de los aspectos de la organización que debe conocer para hacerle la estancia segura y confortable” (Vilagrassa, 1991: 26).

Son finalidades da acollida (Gallar, 2005: 218-219):

- a) Ofrecerlle ó paciente un apoio psicolóxico inmediato, dirixido non só á conciencia da enfermidade en si, senón a paliar o ambiente ansióxico que implica a hospitalización:
Procurar un ambiente propicio para a curación.
- b) Promover uns hábitos de vida saudables dende o primeiro momento.

Neste senso, as guías de acollida (tamén denominadas manuais do paciente, guías do usuario, etc.) constitúen unha boa maneira de dar a coñecer os aspectos máis importantes do hospital ó recén chegado, para que el e os seus familiares saiban situarse, coñezan os servizos dos que dispón o centro, os dereitos e deberes que teñen como doentes e a normativa interna do hospital.

O hospital proporcionaralles así os usuarios unha ferramenta coa que combater a inseguridade primeira que un sente ante o descoñecido e os nervios derivados da incorporación a un entorno diferente en situación de enfermidade. Ademais, a Guía de acollida contribúe a difundir a personalidade e os valores da institución, proxecta a imaxe corporativa e constitúe a tarxeta de presentación do hospital ante os estes públicos intermedios.

Agora ben, ¿que contidos deben formar parte da guía ou manual do usuario? Recollemos algunhas propostas (Zas Ros, 2004) ao respecto:

Contido proposto	Obxectivos
Presentación do hospital	Dar confianza e seguridade aos usuarios sobre o centro onde o atenderán. Informacións xerais sobre a poboación que atende e a súa procedencia, ubicación no nivel de atención e calidade dos seus profesionais. Costos dos servizos que recibe para educar o usuario na importancia de asumir un rol activo e cooperador no proceso asistencial.
¿A quen lle gusta ir ao hospital?	Educar a poboación na idea da hospitalización como un proceso no que poden acontecer cambios a nivel subxectivo e orientalos por canto á busca e solicitude de axuda profesional.
Trámites de Ingreso	Informativo para orientar os usuarios no momento do ingreso e axilizar este inicio do proceso de hospitalización.
¿Por qué o hospital lle solicita ao seu ingreso entregar unha doazón de sangue?	Educar os usuarios no necesario e importante que resulta cumprir este requerimento.
O que non se pode deixar de traer	Informativo e orientativo para os usuarios coa intención de agilizar o proceso de diagnóstico e ademais garantir un maior confort durante a estadía hospitalaria.
¿Quen o van atender?	Informativo e orientativo por canto ás esixencias dos seus dereitos.
¿Onde poden atendelo?	Ubicar o usuario no espazo do hospital.
Servizos xerais: Pizarra Telefónica, Horario de visitas, Horario de cambio de acompañantes, Pases de acompañantes, Servizo de Correo.	Información sobre o funcionamento do hospital que favorecen a disciplina interna e información sobre o acceso a servizos necesarios durante a súa estadía.
Medidas de Seguridade e Convivencia	Educar os usuarios no regulamento hospitalario e nas medidas de convivencia hospitalaria que deben cumprirse.
Dereitos e Obrigas dos pacientes hospitalizados	Educar e informar os usuarios para deste modo garantir aspectos esenciais do proceso asistencial e principios éticos das relacións usuarios-prestadores de servizo.
Algúns termos médicos	Que os usuarios coñezan o que significan algunhas palabras que poden escoitar por parte do persoal de saúde que o atende, aumentando a confianza, coñecemento, cooperación e busca activa de máis información se fose preciso.
Se Vde. Ou o seu familiar vai ser operado	Dar confianza, seguridade e información fidedigna sobre o procedemento operatorio, para que o usuario poida asumir un rol cooperador e activo nas etapas preoperatoria e de recuperación.
Quen coida tamén debe coidarse. Coidado dos coidadores.	Promover o coñecemento de actitudes e condutas máis saudables para o usuario acompañante.
Dieta	Educativo e adecuación das expectativas do usuario co tipo de alimentación que recibirá durante a súa hospitalización.
Na alta	Informativo sobre a etapa culminante do proceso de hospitalización para garantir mellor organización e cumprimento dos obxectivos da hospitalización.

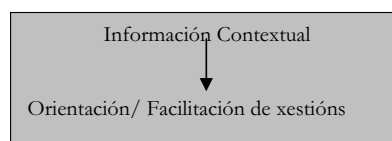
Táboa nº 77. Contidos do manual ou guía do usuario hospitalizado. Fonte: Zas Ros, 2004. Elaboración propia.

Sen sermos tan específicos, cremos que existen catro tipos de categorías informativas que deben configurar o esquema de contidos do manual dirixido ao usuario hospitalizado: Información corporativa; Información Contextual; Normas internas e Dereitos e Obrigas dos usuarios. Así, un posible esquema de contidos do Manual de Acolida dun hospital sería o seguinte:

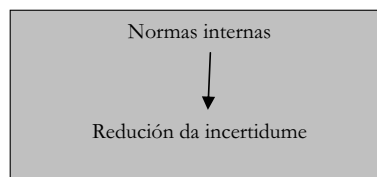
Misión do hospital
Valores da institución
Carta de benvida
Carteira de servizos



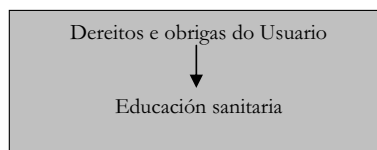
Teléfonos de interese
Distribución por plantas
Plano do hospital
Situación-Como chega



Ingreso
Estadía hospitalaria
Alimentación
Información clínica
Desprazamentos no hospital
Visitas
Identificación do persoal
Unidades especiais
Alta
Alta voluntaria



Recomendacións
Consentimento Informado
Confidencialidade de datos
Informes e xustificantes
Outros servizos
Outras recomendacións
Deberes e dereitos do paciente
Servizo de Atención ó Paciente



O Gabinete de Comunicación será quen elabore ou supervise o manual de acolida do usuario hospitalizado, que deberá reunir os seguintes requisitos:

- Incluir toda a información necesaria para comprender e afacerse á vida diaria no hospital.
- Debe ser visual, de orde claro e fácil manexo.

- Recordarlle ó usuario os seus dereitos e deberes.
- Impregnado da filosofía, misión e valores do hospital.

A Admisión no ingreso por Urxencias é algo distinta, xa que hai que avaliar previamente a necesidade de hospitalización do usuario. En urxencias valorarase o nivel de gravidade do usuario durante a clasificación ou triaxe en distintos niveis (Murillo Cabezas et al, 2007: 262):

- Nivel 1. Emerxencia ou urxencia con risco vital inminente. O enfermo precisa atención médica inmediata pola gravidade do seu proceso, ou por compromiso vital.
- Nivel 2. Urxencia non crítica. Todo paciente que, sen presentar un compromiso vital inmediato, deba ser avaliado coa menor demora posible.
- Nivel 3. Paciente cuxa patoloxía admite certa demora.
- Nivel 4. Paciente con escasa ou nula gravidade clínica, mínima complexidade diagnóstica e terapéutica e coa alta como destino final máis probable.

O usuario que entra por Urxencias pode precisar ser ingresado, ou non.

Respecto da comunicación ó usuario, a Admisión en Urxencias implica unha intensificación da tarefa comunicativa do persoal sanitario e non sanitario, pois o nivel de incertidume para o paciente e os seus familiares pode ser elevado. Ademais, os familiares teñen vedado o acceso a determinadas áreas (monitores ou observacións), polo que estarán angustiados á espera da información que poida proporcionárselles.

En canto ás recomendacións informativas, á súa chegada, debería proporcionárselles ós usuarios unha folha informativa na que se expliquen os detalles de funcionamento, a organización e normativa da unidade de urxencias (Guía de acollida específica).

Debe informárselle ó paciente e á súa familia sobre a sospeita diagnóstica e os distintos pasos que se van dar para solucionar ese problema.

Ademais, debería establecerse un punto de información que sexa o nexo de unión entre os familiares e o paciente, procurando atenuar as posibles situacións de incertidume ou angustia. Esta información debe incluír, se o paciente non pasa á área de hospitalización, o correspondente informe de urxencias para o seu médico de familia.

2. O PASE DE VISITA

É o momento de encontro diario entre o médico e o doente no hospital.

“El pase de visita es la observación diaria que se hace a los pacientes ingresados por médicos, enfermeros, estudiantes y personal profesional o técnico que se considere necesario para la atención de los enfermos en las salas del hospital, con el propósito de evaluar el estado de salud de los enfermos ingresados, conocer su evolución y hacer las indicaciones necesarias para su recuperación y rehabilitación”. (Espinosa Brito, 2006).

O pase de visita pode realizalo:

- ☐ Médico.
- ☐ Médico e enfermeiro.
- ☐ Médico e Médico Interno Residente (MIR), no caso de hospitais universitarios.
- ☐ Médico, enfermeiro e MIR.

O médico do hospital ten entre as súas atribucións a de visitar os pacientes ingresados ó seu cargo para:

- a) Nun primeiro momento, presentarse e informarlle sobre a operación, as probas ou o tratamento (é dicir a acción médica) que se lle vai aplicar, é dicir, anticiparlle a información sobre o seu procedemento;
- b) Pedir o seu Consentimento Informado oralmente e, de ser preciso, por escrito.
- c) En días sucesivos, a non ser que o paciente manifeste o seu desexo de non ser informado, informarlle a el e á súa familia sobre a evolución da súa enfermidade: resultados de probas, resultados da operación, etc. e sobre o día da alta.
- d) Entregarlle a alta.

Legalmente, o paciente ten dereito a ser informado, a non ser que manifeste a súa vontade de non desexar recibir información⁴⁷.

Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. (Art. 4.1, Lei 41/2002).

⁴⁷ O límite establécese no art. 9, Lei 41/2002: *El paciente no podrá negarse a ser informado cuando esté en peligro su propia salud, la de terceros o la de la colectividad.*

A actitude informativa dos facultativos debe ir acompañada doutro tipo de actitudes, como son:

- a) Actitude receptiva, de escoita activa, cara ós problemas que queira comentar o usuario;
- b) Actitude humana cara ó doente e os seus familiares, resultando próximo, tranquilizador e amable;
- c) Actitude de colaboración, aberta ó diálogo, na que ademais de existir o criterio do médico tamén existe a opinión do paciente.

O médico é o principal interlocutor do usuario en materia de diagnóstico, tratamento, prognóstico e alta médica. A información que o paciente recibe do médico será complementada pola proporcionada por outro persoal sanitario, aínda que ésta será unha información secundaria, limitada ó ámbito das súas atribucións:

El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle (Art. 4.3, Lei 41/2002).

La enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado. (Art. 11, Código Deontológico de Enfermería).

Pola contra, tense amosado que o paciente só recibe información cando pregunta.

“los médicos hablan poco con los pacientes, éste (el paciente) recibe poca información sobre los tratamientos recibidos y en términos poco entendibles para él. El paciente recibe información solo cuando pregunta, de lo contrario no recibirá la explicación a su duda; muchas veces el paciente se queda sin resolver sus preguntas debido a que no entiende el vocabulario del galeno” (Jaramillo Echeverri et al., 2004).

É probable que algún membro da familia acompañe o doente durante a súa estadia. Por iso mesmo, non debe descoidarse a relación informativa coa familia, quen tamén desexará coñecer todo o relacionado co diagnóstico e as probas que se lle efectúen ó familiar ingresado (algo que tamén se recolle na lei).

El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita (Art.5.1, Lei 41/2002).

En opinión de Vidal i Benito (2006), a familia, respecto do entorno médico, pode desempeñar diversos roles:

- 1. Colaboración.
- 2. Obstaculización.

3. Complicidade co médico.
4. Control do equipo médico.

En relación co paciente, a familia supón unha importante axuda psicolóxica durante a hospitalización pois constitúe un importante apoio a nivel emocional e social, e o médico non debe ignorar ese rol tan importante.

“Social support can have an impact on both psychological and physical health. We must take care to help our patients sustain important relationships at times of illness, and o encourage them to draw support from others. We can assist in this task talking about the family, asking questions about who the patient regards as close family and offering counsel where appropriate”. (Lloyd/Bor, 2004: 121)

Por outra banda, tense estudado a función censora da información que leva a cabo a familia sobre todo en enfermidades graves, de diagnóstico negativo. É un fenómeno de ocultamento que se coñece como “conspiración do silencio” e defínese como:

“acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos y /o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y / o pronóstico y / o gravedad de la situación” (Barbero, 2006: 23).

Porén, dita actitude sobreprotectora da familia en complicidade co equipo médico conleva unha serie de riscos para o paciente (Barbero, 2006):

- O paciente pode sentirse incomunicado, incomprendido, enganado, o que pode facilmente potenciar sintomatoloxía ansiosa ou depresiva cunha compoñente importante de medo e de ira.
- Inhabilitase o paciente para “pechar” asuntos importantes que quizais preferiría resolver.

A implicación dos profesionais sanitarios na “conspiración do silencio” tamén pode deberse ao feito de tentar evitar unha situación para eles especialmente difícil e incómoda, a da comunicación dun diagnóstico negativo. Pero non hai que esquecer que se estaría vulnerando o dereito do paciente a recibir toda a información dispoñible sobre o seu proceso asistencial.

Dicir a verdade. Argumentos de ambas posturas	
Partidarios do silencio	Partidarios da franqueza
<ul style="list-style-type: none"> • Non sempre o diagnóstico é exacto. • O enfermo pode quedar desmoralizado e deprimido. • Casos esporádicos de suicidio. • Mentira por amor, mentira “piadosa”. 	<ul style="list-style-type: none"> • O silencio crea un clima de hipocresía negativo para o paciente e os familiares. • Quen ten o presentimento da morte (téñeno case sempre) síntese abandonado. • Co silencio, impídeselle ser o protagonista da súa vida. • Poderá tomar decisións de todo tipo: relixiosas, nas súas relacións... • É un dereito do paciente.

Táboa nº 78. Argumentos a favor e en contra da conspiración do silencio.
Fonte: Baseado en Gómez Sancho, 2000. Elaboración propia.

3. A ALTA MÉDICA

O proceso de alta médica pode producirse pola melloría do paciente, por traslado a outro hospital, polo seu propio desexo de abandonar o hospital ou pola súa negativa a aceptar o tratamento prescrito (alta voluntaria).

Na alta, debe entregárselle ó paciente o Informe de Alta Médica, que é definido pola Lei 41/ 2002, como

“documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas” (Art. 3).

É o médico quen debe visitar o paciente para darlle a alta. Por outra parte, habería que avisalo con certa anterioridade de que se lle vai proporcionar a alta, para que poidan preparase tamén para a volta á casa.

A información é unha compoñente fundamental da alta hospitalaria, pois a partir dese momento, o paciente continuará o seu restablecemento no seu domicilio. No momento da alta debería proporcionárselle a seguinte información:

- O médico deberá explicarlle ó paciente como evolucionou a súa situación e as recomendacións e tratamento a seguir no domicilio.
- O profesional de enfermería explicarlle como debe realizar as curas.

- Os profesionais sanitarios deberían resolver todas as dúbidas do paciente e dos seus familiares e indicarlle como proceder en caso de complicacións.
- O médico debe tamén indicarlle cales serán as seguintes citas e revisións ás que ten que acudir.

Gallar (2005) considera como compoñentes da información na alta hospitalaria as seguintes:

Compoñente	Actividades
Tratamento médico	Explicar con detalle a pauta terapéutica prescrita. Instruír ante eventuais complicacións.
Coidados de enfermería	Instrucións a seguir en canto a alimentación, control de emisións, constantes vitais, organización do dormitorio, tipo de encamado...
Apoio psicolóxico	Orientar a familiares das necesidades emocionais do paciente e de como poden apoialo nese senso.
Recursos de apoio social	Asesorar acerca dos recursos de apoio social que precise: auxiliares, veladores, recursos sociais...

Táboa nº 79. Compoñentes da planificación da alta médica e actividades.
Fonte: Gallar: 2005, 226. Elaboración propia.

Unha boa información ó usuario e á súa familia / coidador nesta etapa final do ingreso hospitalario pode evitar futuros reingresos. Se o usuario comprende as indicacións dos profesionais sanitarios e se éstas foron ben explicadas e as súas dúbidas resoltas, o paciente estará mellor preparado para enfrontarse á enfermidade e ás complicacións que poidan aparecer unha vez abandonado o hospital.

6.2. COMUNICACIÓN CO NENO E CO ANCIÁN HOSPITALIZADO

Hai moitos tipos de pacientes e un longo listado de enfermidades que se poden padecer. Non é obxecto do presente traballo profundizar na comunicación con cada un dos tipos de pacientes que existen —pois hai tantos, como persoas— senón o de ofrecer as liñas xerais que deberían seguirse na comunicación co usuario hospitalizado, pois, aínda que existan especificidades, danse unhas necesidades básicas, que son comúns.

Obviamente, a comunicación debe adaptarse ó receptor da mesma, condición indispensable para que exista *feedback* e as recomendacións xerais que levamos exposto son perfectamente válidas para a totalidade de pacientes que poidan ser hospitalizados, independentemente da idade e do tipo de enfermidade que padezan.

Así e todo, no caso do neno e da persoa maior, o proceso de hospitalización é especialmente duro, confuso e angustioso para ambos, porque dalgunha maneira a idade acentúa o sentimento de indefensión que poida ocasionarlles o ingreso no hospital. O que recollemos de seguido son algúns consellos en particular que o persoal do hospital debería ter en conta á hora de comunicarse con nenos e maiores.

Respecto do impacto da hospitalización no neno, cabe subliñar que a separación do neno do seu entorno familiar provócalle estrés e ansiedade:

“la hospitalización es una situación estresante y generadora de ansiedad en el niño. Está separado de sus padres, familiares y amigos. Las rutinas diarias, que le proporcionan sensación de seguridad van a ser alteradas. El ambiente hospitalario, desconocido, se muestra aséptico, frío y no especialmente diseñado para los niños” (Alba Santamaría, 2004: 305).

A información pode ser unha boa maneira de darlle tranquilidade, se se ten en conta algunhas recomendacións (Alba Santamaría, 2004):

- Evitar dar explicacións longas, complicadas e demasiado técnicas.
- Evitar dar moita información en pouco tempo.
- Dirixirse ó neno (e non ó adulto).
- Empregar exemplos que clarifiquen.
- Proporcionar información de modo gradual, do menos ó máis ameazante.
- A información proporcionada mediante aprendizaxe vicaria con nenos da mesma idade pode ser máis efectiva que a información directa. Poden empregarse vídeos onde o modelo sexa un neno da mesma idade nunha situación parecida.
- Para nenos pequenos, o contido da información será xeral e presentado de forma lúdica, favorecendo a súa participación mediante a manipulación de instrumental médico (sempre que sexa posible).
- Para un neno é importante saber que despertará despois da anestesia, ou que a enfermeira estará á súa disposición cando preme o timbre que está ó lado da súa cama.
- É conveniente darlle a información antes do ingreso e se é no entorno habitual do neno, mellor.

Gallar (2005) recomenda evitar os seguintes comportamentos:

1. Prometerlle ó neno algo que despois non poida cumprirse, como acontece en cuestións relativas ó regreso inmediato dos pais ou á duración da hospitalización.
2. Alimentar falsas crenzas sobre a enfermidade e o tratamento e moito menos suscitando sentimentos de culpabilidade (“estás enfermo por portarte moi mal no cole”).

3. Non informalos sobre diversos aspectos da hospitalización, presupoñendo que non poden enténdelos.
4. Abandonalos na habitación sen procurarles comunicación e actividades ó longo do día.
5. Mostrar excesiva rixidez con respecto ás normas de réxime interno do centro sanitario. Facer o posible por humanizar o hospital.
6. Adicarlle unha atención excesiva, fomentando a pasividade do neno.
7. Tratar de ser forzosamente ameno ou divertido cos nenos. Éstes deben aprender a distinguir entre o que é serio e o que é divertido.
8. Falar cos pais diante do neno (sobre a enfermidade), presupoñendo que non se entera.

No caso de ser unha persoa maior a hospitalizada, segundo Maestro Hernández (2004b), existen unha serie de estereotipos no eido sanitario, que deben ser evitados:

- *Os anciáns son incapaces de cambiar.*
- *Non paga a pena explicarlles demasiado (¡non se van enterar!).*
- *Son susceptibles rixidos, irritables e demandantes.*
- *En caso de xordeira, é mellor berrarlles.*

Pola contra, os profesionais sanitarios deberían (Maestro Hernández, 2004b; Gallar, 2005):

- Establecer unha relación interpersoal empática. Falarlle de forma clara e despacio, situándose espacialmente ó mesmo nivel –fronte a fronte- para favorecer a comunicación.
- A compañía e o afecto son esenciais para as persoas que non reciben moitas visitas.
- Permitir ocasionalmente compartir os recordos do enfermo para que perciba un maior interese e deposite maior confianza no profesional.
- A acollida e orientación deben ser coidadosas para evitar que se sintan confusos.
- A información debe ser continua e, en moitos casos, é preciso repetir as mesmas cousas, pois os trastornos da atención e da memoria fan que se lles esquezan moitos detalles. Ademais, o persoal debe identificarse coa frecuencia necesaria para que o paciente asimile ben quen son e cales son as súas funcións.
- Ter paciencia no trato persoal. Podemos agardar unha cálida aceptación interrompida por un acceso de ira.
- Estimular a súa autonomía é un aspecto positivo de cara a facelos participar no proceso de toma de decisións e para previr condutas de depresión.

7. COMUNICAR MALAS NOTICIAS. PLANIFICACIÓN DO PROCESO DE COMUNICACIÓN DUN DIAGNÓSTICO NEGATIVO

A comunicación de malas noticias ao usuario forma parte da actividade do médico dun hospital, por iso os médicos deben coñecer como teñen que proceder á hora de comunicar malas noticias. Hai especialidades médicas, como a Oncoloxía, nas que a comunicación de malas noticias é algo habitual. Quen tratan a pacientes con cancro deberán afrontar ese momento crítico máis de 20.000 veces ó longo de toda a súa carreira. Pese a isto, as estatísticas din que apenas un 30% das universidades en EEUU ofrecen habilidades en comunicación ós seus estudantes de Medicina⁴⁸. Tampouco está programada esta formación nas facultades de Medicina de España, polo que os médicos carecen de coñecementos á hora de enfrontarse coa situación de ter que comunicar un diagnóstico negativo.

Isto induciraos a tentar evitar esta situación, a comunicala de maneira incorrecta ou a entrar na conspiración do silencio a proposta dos familiares do paciente.

“La ausencia de una formación que explique cómo hacer frente a reacciones de cólera o desesperación, hará que el profesional de la salud evite toda entrevista que pueda desencadenar reacciones de este tipo. Esa actitud se puede ver eventualmente forzada por palabras desaprobatorias por parte de algunos colegas o enfermeras que ven con malos ojos ‘alterar’ al enfermo.” (Gómez Sancho, 2000: 29).

“Muchos de los que tratan con pacientes creen que deberían dar sólo buenas noticias y que, si no hay ninguna, es mejor no decir nada. Puede que ello facilite el trabajo del médico puesto que dar malas noticias es un asunto difícil y, a menudo, emocional. Sin embargo, para el paciente “ninguna noticia” significa “no buenas noticias”, y eso es una invitación al miedo” (Rodríguez e Neipp, 2008: 173).

Estas disfuncións na comunicación, especialmente cando se comunican malas noticias, erosionan a confianza das familias e atópanse na orixe dos recelos, incomprensións, desencontros, queixas ou mesmo demandas xudiciais contra os facultativos ou contra os centros sanitarios. Non existe unha receita universal á hora de comunicar malas noticias. Pero si se teñen aportado fórmulas adaptables a cada situación que até certo punto facilitan a comunicación de malas noticias.

⁴⁸ *El Mundo*, “Aprender a dar malas noticias”, 27/01/06.

7.1. QUE É UNHA MALA NOTICIA. FACTORES QUE DIFICULTAN A COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Unha mala noticia no ámbito médico é definida como aquela que modifica de maneira negativa a expectativa do paciente ou dos familiares respecto do seu futuro:

“any information that negatively alters a person’s expectation about the present and the future” (Buckman, 1984: 1597).

“aquella que drástica y negativamente altera la propia perspectiva del paciente, o sus familiares, en relación con su futuro” (García Díaz, 2006: 452).

É importante subliñar que a noticia se considera negativa dende a perspectiva do paciente, non do médico:

“Bad news is a relative concept and should depend on the patient’s interpretation of information and their reaction to it” (Lloyd/ Bor, 2004: 57).

Comunicar malas noticias no ámbito da saúde implica comunicar nova información que conleva unha dimensión negativa, inesperada ou indesexable e que anticipa sufrimento nalgunha medida (Almanza/ Holland, 1999).

Comunicar malas noticias é una tarefa estresante para os médicos por diversas causas⁴⁹ (Lloyd/Bor, 2004: 58):

- ☐ O ‘mensaxeiro/a’ pode sentirse responsable e teme ser culpado.
- ☐ Descoñecemento de como facelo.
- ☐ Posible inhibición debida a unha experiencia persoal de perda.
- ☐ O médico non quere que se modifique a relación médico-paciente. Pensa que o desvelamento dun diagnóstico sombrío afectará á evolución do paciente ou á súa colaboración co plan terapéutico.
- ☐ Medo de alterar a estrutura e roles da familia.
- ☐ Descoñecemento do paciente, dos seus recursos e limitacións.
- ☐ Medo das consecuencias que isto teña para o paciente: dor, perdas sociais e económicas...
- ☐ Medo da reacción emocional do paciente.
- ☐ Incertidume do que acontecerá e medo a non ter respostas.
- ☐ Falta de claridade sobre cal debe ser o rol do médico nesta situación.

⁴⁹ Os índices de *burnout* son elevados nos profesionais sanitarios que se ocupan do coidado de pacientes con cancro terminal. O persoal médico e de enfermería vense forzados a enfrontarse coa realidade das súas propias limitacións como sanadores, así como coa idea de que eles ou os seus familiares e amigos poden desenvolver repentinamente enfermidades que os conduzan á morte, mesmo dispoñendo dos mellores coidados médicos (Rodríguez e Neipp., 2008).

- O temor a enfrentarse ás súas reaccións emocionais ou preguntas incómodas, sobre todo cando se é consciente de que non se posúe un mínimo entreno para manexar situacións de gran tensión emocional.

García Díaz (2006) considera que existen tres tipos de factores que dificultan a comunicación de malas noticias:

Factores socioculturais

- Sensación de desvalorización social
- Perspectivas terapéuticas esaxeradas ou quiméricas fan difícil a asunción de situacións irreversibles.

Factores relacionados co paciente

- Idade. As persoas maiores con menor capacidade para asimilar información complexa tenden a malinterpretar as mensaxes do médico.
- Os “pacientes-problema” (o agresivo, o litigante o non cooperador ou o drogadicto).

Factores relacionados co médico

- Temor a causar dor, que induce a actitudes evasivas.
- Temor ó fracaso terapéutico.
- Temor legal. O aumento das demandas a médicos por parte dos pacientes ten sido progresivo dende os anos setenta nos países avanzados.
- Temor a expresar as propias emocións. Consideran calquera reacción emocional como unha actuación pouco profesional capaz de debilitar a súa imaxe fronte o paciente ou a familia.

Algúns principios xerais que axudan na comunicación de malas noticias son os seguintes (Almanza/Holland, 1999: 222-224):

1. Establecer unha axeitada relación médico-paciente.

A construción dunha apropiada interacción médico-enfermo dende o primeiro contacto implica poñer en práctica a capacidade de empatía, comprensión, interese xenuino e desexo de axuda.

2. Coñecer coidadosamente a historia médica.

Isto dará consistencia ás decisións clínicas e permitirá unha maior fluidez e claridade na comunicación médico-paciente. Quen proporcione as malas noticias deberá ser preferentemente o médico responsable do caso.

3. Coñecer o paciente como persoa.

Existen dúas preguntas que o médico deberá facerse e explorar con anticipación ó longo da súa interacción co seu paciente: 1) ¿Que coñece o enfermo acerca da súa situación médica? e 2) ¿Qué información desexa recibir? As respostas permitirán formular dunha maneira bastante aproximada acerca de qué informar e a mellor maneira de facelo.

4. Preparación do *setting*

O médico deberá buscar un sitio que garanta privacidade, onde todos podan tomar asento e onde haxa – no posible- unha atmósfera comfortable. Deberá terlle preguntado ó paciente se desexa a presenza doutras persoas (...) Por parte do equipo médico é recomendable a presenza de, alomenos outro clínico (..) Evitaranse as interrupcións telefónicas e as barreiras convencionais (escritorio ou ordenador).

5. Organización do tempo

O médico deberá garantir con antelación un tempo mínimo razoable para preparar o paciente, proporcionarlle a información, deixarlle un breve lapso de reflexión e permitir un intercambio mínimo de preguntas e respostas programando apropiadamente o seguimento (en termos de citas futuras ou procedementos terapéuticos por efectuar) antes de concluír a entrevista.

6. Aspectos específicos de comunicación.

Informar de maneira clara, directa, pero non brusca. Tono suave, pausado, linguaxe sinxela sen xerga médica ou termos técnicos. Cálido e amable.

7. Atención e coidado da familia

Estar ó tanto da situación familiar do paciente e tomar en conta as necesidades potenciais da familia en función dos seus antecedentes culturais, costumes relixiosos e tradicións.

8. Detección de risco suicida ou outras emerxencias médicas

Para buscar o apoio de psiquiatría ou de psicoloxía.

9. Abordar a dimensión humanística do paciente.

En termos de crenzas relixiosas e sistema de valores.

10. Traballar nos propios sentimentos.

É moi recomendable que, unha vez finalizada a entrevista, o médico ou médicos que participaran adiquen un tempo mínimo de relaxación previamente a volver ós seus labores habituais. A capacidade de revisar as propias reaccións e recoñecelas permitirá cada vez maior sensibilidade e maior destreza clínica en aspectos de comunicación.

7.2. COMO DAR MALAS NOTICIAS. ESTRATEXIAS QUE CONTRIBÚEN A COMUNICAR MALAS NOVAS

A comunicación de malas noticias forma parte da responsabilidade e do deber do médico, que debe posuír certas habilidades para enfrontarse a este cometido.

Primeiramente, debería coñecer o que sospeita o enfermo sobre o que lle pasa, xa que ademais da información aportada polo médico e os outros profesionais sanitarios, o paciente percatarase doutros indicios informativos (Gómez Sancho, 2000):

- Comentarios do médico a outras persoas, escoitados por casualidade.
- Afirmacións directas por parte do persoal.
- Comentarios entre médicos escoitados por casualidade.
- Afirmacións directas por parte de amigos, parentes, sacerdotes, avogados, notarios.
- Cambio de comportamento dos demais cara ó enfermo.
- Cambio nos tratamentos médicos.
- Autodiagnóstico: lectura de libros médicos, do historial clínico, etc.
- Sinais do propio corpo e cambios no estado físico.
- Respostas alteradas dos demais con respecto ao futuro.
- Comentarios feitos por outros enfermos (frecuente)

A partires de aí, deberá sondear o que o paciente desexa saber sobre o que lle pasa. Pode aplicarse o protocolo de comunicación de malas noticias en medicina ideado por un grupo de oncólogos liderados por Walter F. Baile⁵⁰ e Robert Buckman⁵¹, baseándose tanto en enquisas como na propia experiencia. Este protocolo de actuación, escalonado en 6 pasos, pretende guiar o médico e a súa

⁵⁰ Profesor no M. D. Anderson Cancer Center (Universidade de Texas). Máis información sobre a institución e o curriculum de Baile en <http://www.mdanderson.org/> [24/06/08]

⁵¹ O seu curriculum está disponible na súa páxina web: <http://www.druckman.com/> [24/06/08]

entrevista co paciente neste tipo de situacións a través dos seguintes pasos (Baile et al., 2000: 305-308):

Paso 1: Preparación da entrevista

- Repasar os detalles da historia clínica e confirmar o diagnóstico revisando todas as probas realizadas.
- Buscar un lugar privado, tal como unha consulta ou unha sala de reunións. Se non se pode, dar certa sensación de privacidade.
- Apagar o móbil e o busca.
- Preguntarlle o paciente se desexa estar acompañado por un familiar.
- Estar sentados, preferentemente.

Paso 2: Descubrindo qué sabe o paciente

- Averiguar canto sabe o paciente sobre o problema.
- Estimar o nivel cultural do paciente a través do vocabulario que utiliza.

Para averiguar o que sabe ou sospeita o paciente poden facérselle as seguintes preguntas (Prados Castillejo, Quesada Jiménez, 1998):

- Que lle dixeron sobre a súa enfermidade?
- ¿A que considera que se pode deber o seu problema?
- ¿Vde. por que cre que lle fixeron todas esas probas?
- ¿Hai algunha cousa que o preocupe?

Paso 3: Recoñecendo canto quere saber o paciente

- Facer concordar no posible o que queremos dicirlle ó paciente co que éste quere saber en relación coa súa doenza.

Para averiguar o que o enfermo desexa saber poden facérselle preguntas do tipo (Gómez Sancho, 2000: 69):

- Se nalgún momento se comprobouse que a súa enfermidade é grave, ¿desexaría vostede ser informado?
- ¿Gustaríalle que lle explicase todos os detalles do seu diagnóstico?
- ¿Gustaríalle que lle explicase a súa enfermidade con todo detalle ou prefire que lle fale soamente do tratamento a seguir?
- ¿Gustaríalle ter moita información ou prefire que me limite a falarlle a grandes rasgos?

Paso 4: Comunicando a información ó paciente.

- Linguaxe sinxela e axeitada ó nivel intelectual e cultural do paciente.

- Frase introdutoria do diagnóstico adverso: “Témome que a súa evolución non é a que agardabamos”
- En pequenas proporcións. Pausas entre as frases para permitir fluír as emocións do paciente e a familia.
- Invite a ser interrompido sobre a marcha se ten/ teñen dúbidas.
- Non empregar argumentacións tremendistas.
- Non empregar palabras de alto contido emocional.

Paso 5: Respondendo ás reaccións do paciente.

A forma máis eficaz é ofrecer unha resposta empática, que consta de catro etapas:

- Intente identificar a emoción principal que embarga o paciente atendéndoo detidamente.
- Se se mantén en silencio, pregúntelle como se sente.
- Achéguese fisicamente ó enfermo e se é posible tóquelle un brazo⁵².
- Deixar pasar suficiente tempo para que o paciente exprese libremente os seus sentimentos e emocións.

Paso 6: Deseñando un plan terapéutico a seguir.

Ter en conta os seguintes aspectos:

- Se o paciente pregunta polo seu pronóstico infúndalle unha esperanza realista.
- Teña sempre en conta as opinións e puntos de vista do paciente e os seus familiares.
- Teña sensibilidade para discutir temas conflictivos ou íntimos con delicadeza.
- Explique e xustifique as probas e tratamentos pendentes a realizar.
- Estableza planes alternativos por se un tratamento ou unha proba non dan o resultado agardado.
- Intente transmitirle a mensaxe ó binomio paciente-familia.
- Termine facendo un resumo final e aclarando dúbidas. Acorde a data para a seguinte cita.

Clèries (2006) aporta unha serie de recomendacións a seguir e a evitar na comunicación de malas noticias:

⁵² O contacto físico non é sempre necesario: “Although most would encourage touching in these difficult situations, it has been reported that up to a third of patients surveyed do not want physical contact” (Minichiello et al., 2007: 417).

Evitar dar malas noticias	Procurar dar malas noticias
En salas de agarda, corredores ou estando de pé	Nun espazo íntimo, un despacho preferiblemente, estando sentados
Utilizando palabras de alto contido emocional (ex. Cancro)	Utilizando palabras neutras (ex. Tumor)
Utilizando unha linguaxe técnica	Utilizando unha linguaxe intelixible
Telefónicamente	Pedindo que se acuda ó centro para falar dun asunto moi importante
Culpabilizando (se viñeras antes...)	Contendo as emocións que se xeneren
Utilizando seguridades prematuras (tranquilo, todo irá ben)	Informando sobre a atención que se pode outorgar (o importante é que agora podemos empezar un tratamento...)
Contaxiándose emocionalmente: o paciente soe estar sumamente ansioso e con alta emocionabilidade	Mostrándonos empáticos, entendendo as emocións e acompañando no proceso
Mentindo deliberadamente (despois da quimioterapia porase ben moi pronto)	Explorando cómo vai evolucionando o proceso do paciente (“¿Que pensa da quimioterapia?”)
Expresando un exceso de obxectividade e información	Facilitando información por etapas, respectando o ritmo do paciente

Táboa nº 80. Consellos á hora de comunicar malas noticias.
 Fonte: Clèries, 2006: 105. Elaboración propia.

Vandekieft (2001: 1978) propón unha técnica de comunicación de malas noticias, en esencia semellante á que xa revisamos, baseada en cinco grupos de recomendacións:

Preparación previa

- Planifica o tempo axeitado, a privacidade do encontro e que non haxa interrupcións.
- Revisa a información clínica relevante.
- Ensaia mentalmente, identifica as palabras e as frases a empregar e a evitar.
- Prepárate emocionalmente.

Constrúe un entorno/relación terapéutica

- Determina qué e canta información desexa coñecer o doente.
- Ten presente persoas de apoio / familia.
- Preséntate a todos.
- Advirte o paciente de que se lle vai dar unha mala nova.
- Emprega o contacto físico cando sexa apropiado.
- Planifica os próximos encontros.

Comunica ben

- Pregunta o que o paciente ou a familia xa saben.

- Sé franco, pero compasivo. Evita os eufemismos e a xerga médica.
- Consinte o silencio e as bágoas.
- Fai que o paciente describa a súa comprensión das noticias; repite esta información nas seguintes visitas.
- Deixa tempo para facer preguntas. Proporciona información escrita.
- Conclúe cada visita cun sumario e un plan de seguimento.

Intercambia reaccions co paciente e a súa familia

- Valora e responde a reacción emocional do paciente e da familia; repíteo en cada visita.
- Sé empático.
- Non argumentar nin criticar cos colegas.

Alenta que afloren as emocións

- Explora o que significan as noticias para o paciente.
- Ofrece unha esperanza realista de acordo cos obxectivos do paciente.
- Emprega recursos interdisciplinares.
- Ten conta das túas propias necesidades; estate atento ás necesidades do equipo e persoal do hospital implicado.

Resulta de especial importancia individualizar o ritmo na comunicación das malas novas, pois cada paciente precisa dun tempo de asimilación diferente. Dúas estratexias de adecuación do ritmo informativo do profesional sanitario ao ritmo de asimilación do usuario serían (Prados e Quesada, 1998):

1) Técnica Escalonada: Ir comunicando a nova escalonadamente, deixando que pasen uns minutos entre cada nova información que se aporta. Permite que o paciente se deteña en calquera dos estadios cando non se sinta cómodo, axudándolle a comprender e adaptarse na medida do posible ao diagnóstico que se vai aportando e empregando os silencios cando o paciente o requira. Ademais, o paciente pode poñer barreiras ou decidir non saber máis en calquera momento, por exemplo, desprazando a responsabilidade ao profesional sanitario.

2) Técnica de Aclimatación: Xeralmente aplicada antes da confirmación diagnóstica para avaliar a posible reacción do paciente no caso de que se confirmara o diagnóstico máis negativo. Sitúa o paciente na situación hipotética pero non real, axudándolle a reflexionar sobre unha posible reacción e a asimilar a nova situación de forma máis lenta.

Ex. Un paciente que solicita unha análise VIH e que ten probabilidades de que saia positivo. Plantexarlle o escenario máis negativo posible: *E se saíra positivo, ¿que pensarías?* Valorar a información da súa resposta.

A reacción dun paciente determinado ante unha mala noticia vai depender da súa personalidade, crenzas relixiosas, apoio familiar percibido e o marco antropolóxico-cultural no que vive. Resulta por tanto un fenómeno individual modulado na perspectiva sociocultural. Nun estudo levado a cabo por Centeno e Núñez (1998) sobre a comunicación do diagnóstico de cancro, o norte de Europa (particularmente o Reino Unido, Norteamérica, Australia e Nova Zelandia, que pertencen ó mesmo continente cultural), os pacientes que desexan un coñecemento total do seu diagnóstico oscilan entre o 50 e o 98,5%, dependendo do grupo demográfico do paciente e da localización do tumor. Pero existe outro “continente cultural”, que no futuro probablemente unirá a bibliografía aportada dende o sur e o leste de Europa e Sudamérica (e probablemente tamén Xapón e Filipinas) no que o grao de petición de información sobre o diagnóstico é moito máis baixo que no anterior. Así, por exemplo, en España:

“se revela el diagnóstico a un 25-50% de los enfermos de cáncer, de los que entre un 40 y un 70% sospechaba o incluso tenía una certeza subjetiva de la malignidad del proceso. Por otra parte, entre el 16 y el 58% de nuestros pacientes no quieren tener información sobre la verdadera naturaleza de su enfermedad, y las familias están con frecuencia contra la revelación de la verdad (el 61-73% del total)”. (Centeno; Núñez, 1998)

Aínda que ditas diferenzas culturais existen, non se pode xeralizar, de aí que sexa tan importante que o médico poña en práctica as recomendacións xa comentadas en canto a coñecer primeiramente o que o doente sabe e aquilo que desexa saber.

“Aunque tender a informar parece más conveniente o más beneficioso para el paciente, según los estudios, es necesaria una gran flexibilidad en el profesional y trabajar con el enfermo sin ideas preconcebidas, buscando mediante una comunicación veraz el modo de cubrir las necesidades de cada paciente.” (Centeno; Núñez, 1998).

8. A LINGUAXE MÉDICA. O MÉDICO-DIVULGADOR

A linguaxe médica, como linguaxe científica, resulta altamente opaca e indescifrable para os alleos á materia. Polo xeral, o vocabulario común e o científico e tecnolóxico presentan numerosas características que os diferencian (Hernando Cuadrado e Hernando García-Cervigón, 2006):

1. O vocabulario común, aínda que evoluciona co transcurso do tempo, presenta unha relativa estabilidade fronte á inestabilidade dos termos científicos e tecnolóxicos, sometidos á presión dos cambios experimentados na investigación e, mesmo ás veces, a determinadas modas que volven bautizar cousas xa nomeadas con anterioridade.
2. Na ciencia e tecnoloxía, non se pode falar de estruturacións lingüísticas, senón de clasificacións obxectivas. Os tecnicismos de diferentes linguas, coincidan ou non os seus significantes, correspóndense.
3. Mentres que os signos lingüísticos do léxico estruturado non se definen, senón que se comprobán os seus valores dentro das relacións lingüísticas nas que se atopan implicados, os termos científicos e tecnolóxicos responden a unha definición explícita cuxos riscos son os do obxecto real (ex. Hipotenusa).
4. Os termos científicos e tecnolóxicos non admiten a conmutación sinonímica.
5. As oposicións entre os signos lingüísticos do léxico estruturado adoitan ser exclusivas, pero ás veces son inclusivas (ex. *Día*, por oposición a *noite*, ou como conxunto de *día e noite*). Porén, as oposicións entre os termos científicos e tecnolóxicos sempre son exclusivas (ex. *Hidróxeno* / *osíxeno*),

A linguaxe médica está cargada de terminoloxía científica, constituída por termos de diversa orixe lingüística xa que

“La terminología actual es un sedimento histórico de la medicina científica, por lo cual incluye desde términos de hace 25 siglos hasta los creados en las fechas más recientes” (López Piñero et al., 2005: 1).

Na evolución da linguaxe médica podemos distinguir varias etapas (Sánchez González, 1998: 458):

- Predominio do grego. O grego foi o idioma da medicina científica durante a Antigüidade clásica e no Imperio Romano os médicos tamén empregaron fundamentalmente o grego como vehículo da ciencia. En grego, escribíronse os textos canónicos –de Hipócrates e Galeno– e tamén algúns textos influíntes se escribiron en latín (sobre todo os de Celso).

- A entrada do árabe. Durante a Alta Idade Media, os árabes incorporaron moitas palabras do seu idioma, pero nos séculos XI e XII traducíronse os textos árabes ó latín, co que a medicina baixomedieval europea dotouse de moitos vocablos árabes latinizados.
- Latinización. Durante o Renacemento, volvéronse traducir os textos do grego ó latín e procurouse eliminar os termos de orixe árabe, que aínda perviven nos ámbitos da química e a terapéutica. Na Idade Moderna, o latín continuou a ser a lingua da medicina. Na Idade Contemporánea, o latín deixa de ser a lingua da medicina, inda que se segue a recorrer a el, así como ó grego, para construír novas palabras médicas.
- Aportacións dos países que foron o berce da medicina contemporánea, quen tamén deixaron vocablos, caso do francés, o alemán e finalmente o inglés, principal subministrador actual de termos médicos.

Pero tamén hai termos na linguaxe médica que teñen unha orixe distinta a esta que acabamos de ver, como son:

- Os epónimos. Termos baseados no nome dunha persoa, polo xeral, o seu inventor ou descubridor.
- Os acrónimos. Termos formados coas letras ou sílabas iniciais das palabras.
- As onomatopeias. Palabras que imitan os sons que conlevan os seus significados.

Na actualidade, a linguaxe médica caracterízase ademais por unha abundante presenza de anglicismos, abreviacións e neoloxismos.

Para que a comunicación co paciente sexa comunicación, o médico e o paciente deben manexar o mesmo código lingüístico. O médico non se expresará da mesma maneira cun colega da profesión, que cun paciente, ou correrá o risco de non ser comprendido por este último.

Isto está recollido, como xa vimos, nos dereitos informativos dos usuarios, así como na Deontoloxía Profesional do exercizo médico:

La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades⁵³ y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. (Artigo 4.2. Lei 41/2002)

Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla⁵⁴. (Artigo 10.1, Código de Deontoloxía Médica, 1999).

Polo tanto, o médico debe pasar de experto a divulgador para comunicarse cos usuarios. A divulgación que levará a cabo implica transformar o discurso científico –reservado a uns poucos – nun discurso accesible, comprensible, recontextualizado.

Rol do emisor	Médico-Experto	Médico-Divulgador
Linguaxe	Técnica/ Científica	Común/ Non especializada
Obxectivo/s	Incrementar o coñecemento Demostrar datos Compartir descubertas	Informar e educar
Destinatario/s	Outros médicos-expertos Outros investigadores	Usuario Medios Sociedade

Táboa nº 81. Linguaxe, obxectivos e destinatarios do médico como divulgador.
Elaboración propia.

Cassany (2006) recomenda a recontextualización, como estratexia para a divulgación. Dita recontextualización implica unha serie de reelaboracións a distintos niveis:

- Conceptuación ou reelaboración semántica. O dato científico perde algunhas conexións co discurso científico orixinal (conceptos, clasificación, estatística) e establece relación con elementos procedentes do discurso xeral (conexións co día a día, a realidade do lector).
- Textualización ou reelaboración discursiva. O dato prescinde dalgúns discursos expresivos exclusivos do discurso científico (linguaxes formais, táboas, referencias bibliográficas) e adopta manifestacións máis propias do discurso xeral.
- A denominación ou reelaboración léxica. Os termos científicos orixinais, que son excesivamente técnicos, substitúense con sinónimos ou paráfrases e acláranse con definicións ou exemplos.

O médico debe reformular en termos comprensibles para o paciente e os seus familiares:

1. O diagnóstico e as súas causas.

⁵³ O subliñado é meu.

2. A técnica/procedemento que se lle vai levar a cabo e os seus riscos, beneficios e posibles alternativas.
3. As complicacións que se presenten.
4. As recomendacións/ instrucións que debe seguir o paciente.

Para conseguilo, poden resultarlle útiles algunhas das seguintes técnicas:

- A substitución dos tecnicismos polos termos populares.
- O emprego de metáforas (comparacións ou analoxías). *Imaxine que...*
- A definición por función. En vez de explicar o concepto en si, explicas o seu funcionamento. *É algo que serve para/ destinado a/ isto o que fai é o seguinte...*
- A utilización de debuxos ou outro apoio visual.
- O uso de exemplos concretos ó longo da explicación.
- Realizarlle preguntas ó interlocutor para saber se as súas explicacións están sendo comprendidas.

Como se foi repetindo ó longo de todo o traballo, o persoal do hospital debe buscar unha linguaxe clara e comprensible para o paciente, de maneira que a linguaxe empregada tenda pontes, en vez de erguer muros na comunicación.

O feito de que o médico se esforce porque o paciente comprenda (mesmo debuxando, ou proporcionándolle información adicional) será valorado positivamente por un paciente interesado en comprender o que lle pasa.

8.1. OS DOCUMENTOS DIRIXIDOS Ó USUARIO. RECOMENDACIÓNS DE ESTILO

Ademais, da información que o usuario extraía da comunicación cos profesionais sanitarios, hai outra información que se lle proporcionará ó usuario por escrito. O Documento de Consentimento Informado ou as Recomendacións médicas que o usuario debe seguir unha vez dado de alta constitúen un bo exemplo de información escrita dirixida ó usuario.

Probablemente, a entidade máis axeitada para a redacción destes documentos sexa o Gabinete de Comunicación do hospital, como xa temos comentado nalgunha ocasión. O Gabinete está acostumado a traducir a linguaxe médica nunha linguaxe común, accesible para todos, polo que, contando co apoio dos servizos e dos especialistas médicos, estará mellor entrenado para levar a cabo esta función.

⁵⁴ O subliñado é meu.

As claves da redacción dun texto “comprensible” pasan pola claridade e pola concisión, dúas das máximas da escrita xornalística, dirixida a un público heteroxéneo (como o público do hospital) e orientada a ser comprendida facilmente.

Por outra banda, os textos dirixidos ós usuarios son de tipo informativo, polo que, neste senso, teñen a mesma vocación que moitos documentos periodísticos: informar ó lector.

Similitudes entre o texto informativo xornalístico e o texto informativo dirixido ó usuario do hospital
<ul style="list-style-type: none">• Público: Diríxense a un público heteroxéneo (distintas idades, niveis educativos, etc.)• Contido: Datos e informacións importantes.• Estilo: Debería ser claro e sinxelo.

Táboa nº 82. Similitudes entre o texto informativo xornalístico e o dirixido ós usuarios dun hospital. Elaboración propia.

Non obstante, as diferenzas tamén existen. O texto xornalístico lévase a cabo nun estilo impersoal (para buscar a imparcialidade), mentres que o texto informativo dun hospital pode empregar a persoalización (dirixirse ó paciente directamente).

Aínda así, unha boa parte das recomendacións realizadas acerca dos textos informativos xornalísticos serían ben aplicables ós textos dirixidos ó usuario do hospital, como por exemplo (Martínez Albertos, 1993; Armentia Vizuite e Caminos Marcet, 1998):

- A. A linguaxe periodística non é un tipo de linguaxe coloquial, e tampouco unha linguaxe estritamente literaria. Por iso, na construción dun texto informativo hai que fuxir das expresións estritamente literarias, tanto como da linguaxe excesivamente coloquial.
- B. Os textos informativos deben ser claros, concisos, fluidos. A claridade conséguese mediante a utilización de expresións que son comprendidas por persoas de nivel cultural medio: palabras comúns, pero non vulgares. A concisión mediante a utilización das palabras precisas para explicar as ideas que quedan reflexadas no texto. A fluidez acádase empregando frases e parágrafos breves, pero cargados de contido.
- C. Unha característica esencial do relato informativo é manter a expectativa do destinatario. De aí que as normas de redacción informativa vaian encamiñadas a conseguir manter a atención do lector.

O emprego dunha linguaxe coloquial, sen tecnicismos; a claridade, concisión e fluidez do texto; e saber captar a atención do lector son tres recomendacións que poden resultar de utilidade na redacción dos documentos hospitalarios dirixidos ó paciente.

Co obxecto de tentar conseguir que un texto sexa o máis e mellor comprendido posible, resulta de interese procurar a súa lexibilidade. O concepto de lexibilidade designa o grao de facilidade con que se pode ler, comprender e memorizar un texto escrito.

Hai que distinguir a lexibilidade tipográfica (*legibility*, en inglés), referida á percepción visual do texto (dimensión da letra, contraste de fondo e forma) da lexibilidade lingüística (*readability*), que trata de aspectos estritamente verbais, como a selección léxica ou a lonxitude da frase.

A lexibilidade da escrita foi o principal obxecto de estudo de Rudolph Flesch (1911-1986), quen ideou unha fórmula para determinar o nivel de lexibilidade dun texto. Segundo Flesch, hai dous factores que se opoñen á comprensibilidade:

- 1) As frases longas
- 2) A multiplicación de incisos na frase

Pola contra, axudan a unha maior comprensibilidade as chamadas por Flesch “referencias persoais”, que son de dous grupos: a) palabras persoais, nomes propios, nomes que indican parentesco, certos nomes xenéricos (nenó, muller, etc.), os pronomes persoais... b) frases persoais: citas textuais, preguntas, frases que establecen un contacto dialogante a través do uso da segunda persoa, etc.

Para lograr unha maior lexibilidade nun texto, é necesario ter presente unhas normas xerais:

LEXIBILIDADE ALTA	LEXIBILIDADE BAIXA
<ul style="list-style-type: none"> - Palabras curtas e básicas - Frases curtas - Linguaxe concreta - Estructuras que favorecen a anticipación - Presenza de repeticións - Presenza de marcadores textuais - Situación lóxica do verbo - Variación tipográfica: cifras, negriña, cursiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras longas e complexas - Frases máis longas - Linguaxe abstracta - Subordinadas e incisos demasiado longos - Enumeracións excesivas - Poñer as palabras importantes ó final - Monotonía

Táboa nº83. Normas para lograr unha maior lexibilidade nun texto. Fonte: Cassany, 1995:21.
Elaboración propia.

Cassany (1995) recolle a existencia do Movemento por un Estilo Directo (*Plain Language*), que recomenda a aplicación dun estilo claro, tamén nos ámbitos especializados (sobre todo o legal e o administrativo, etc.) especialmente se se trata de documentos dirixidos ó cidadán. Para desenvolver ese estilo, indica que é necesario (Cassany, 1995: 29):

- Buscar un deseño funcional e claro do documento.
- Estructurar os parágrafos.
- Poñer exemplos e demostracións cun contexto explícito.
- Racionalizar a tipografía: maiúsculas, cursivas, etc.
- Escoller unha linguaxe apropiada ao lector e ao tema.
- Escritura respectuosa. Uso non sexista da escritura.

A partir de Cassany (1995), Grijelmo (2001); Portocarrero e Gironella (2001), Martínez Albertos (1993); e Núñez Ladeveze (1993), elaboramos un pequeno compendio de recomendacións, que pode servir de utilidade na redacción de textos informativos dirixidos aos usuarios dos hospitais e dos servizos de saúde:

A. Os parágrafos

Os parágrafos dun texto deberían (Portocarrero e Gironella, 2001):

- Conter unha idea central da que dependan todas as demais
- Manter a coherencia entre todos os elementos que o constitúen
- Non exceder en extensión, como norma habitual, das seis liñas; en caso contrario, o texto será tedioso e pouco estético.
- Entre parágrafos o interliñado debe ser superior ó interliñado dentro de parágrafo.

Pola contra, deberían evitarse (Cassany, 1995):

- Desequilibrios. Mezcla anárquica de parágrafos longos e curtos sen razón aparente. Non existe unha orde estruturada: o autor marcounos ao azar.
- Repeticións e desordes. Rómpease a unidade significativa por causas diversas: ideas que deberan ir xuntas aparecen en parágrafos distintos, repítese unha mesma idea en dous ou máis parágrafos, dúas unidades tratan o mesmo tema sen que haxa algunha razón que impida que constitúan un único parágrafo, etc.
- Parágrafos-frase. O texto non ten puntos e seguido; cada parágrafo consta dunha soa frase, máis ou menos longa. O significado descomponse nunha lista inconexa de ideas. O lector debe facer o traballo de relacionalas e construír unidades superiores.
- Parágrafos-lata. Parágrafos excesivamente longos que ocupan case unha páxina enteira. Adquiren a aparencia de bloque espeso de prosa e adoitan conter no seu interior diversas subunidades.
- Parágrafos agochados. O texto está ben ordeado a nivel profundo, pero resulta pouco evidente para o lector, que ten que ler moi atentamente para descubrir a súa estrutura. A prosa non ten marcadores nin mostra visualmente a súa organización.

O texto gañaría en claridade se fixera máis evidente a orde ou, por exemplo, se a explicase ao principio.

B. As frases

Cassany (1995) aporta varios consellos para mellorar as frases:

1. Coidado coas frases longas, vixiar as que teñan máis de 30 palabras. Comprobar que se lean facilmente. Portocarrero e Gironella (2001) aconsellan empregar frases curtas que non superen as 20-25 palabras e parágrafos breves que non sobrepasen as seis liñas. Armentia e Caminos (1998), recomendan unha extensión máxima de 30 a 36 sílabas por frase, é dicir, entre 15 e 20 palabras.
2. Eliminar as palabras e os incisos irrelevantes. Quedarse só co esencial.
3. Situar os incisos na posición máis oportuna: que non separen as palabras que están relacionadas.
4. Buscar a orde máis sinxela das palabras: suxeito, verbo e complementos. Evitar as combinacións rebuscadas.

Ademais, os autores coinciden en limitar o emprego de oracións subordinadas, que engaden unha maior complexidade ó texto.

5. Colocar a información relevante no sitio máis importante da frase: ao principio.
6. Non abusar das construcións pasivas, das negacións, nin do estilo nominal, que escurecen a prosa.
7. Deixar actuar os actores: que os protagonistas da frase suban ao escenario, que actúen de suxeito e obxecto gramaticais.
8. Non ter pereza en revisar as frases.

Portocarrero e Gironella (2001) apostan por evitar:

- A afectación na linguaxe e os termos pouco claros ou demasiado especializados.
- Os termos ambiguos ou as palabras comodín, cando poden ser substituídas por termos máis precisos.
- As expresións redundantes.
- O abuso de nexos (pero, aínda que...), que entorpecen o ritmo da frase.
- O abuso de estranxeirismos, sobre todo, cando non esteamos seguros de que vaian ser comprendidos ou cando exista o seu equivalente en español.
- O abuso de infinitivo e xerundio.
- O emprego de frases grandilocuentes.
- O exceso de oracións de relativo.

- O exceso de parénteses porque forman frases moi longas.
- As construcións pasivas.

C. As palabras

Os autores consultados coinciden na conveniencia de escoller palabras de uso corrente, evitando os tecnicismos e os termos ampulosos.

Tamén se recomenda (Cassany, 1995):

- Evitar as repeticións, as muletillas, os clichés e os comodíns.
- A repetición reiterada dunha palabra de significado pleno (nome, verbo, adxectivo ou adverbio) nun período breve xa que provoca monotonía e aburrimiento.
- Mellor palabras cortas que longas, sinxelas que complicadas, populares que cultas, e concretas que abstractas. Un vocabulario liso e vivo axuda a comprender o texto.
- Substituír os verbos ser ou estar por palabras con máis forza e significado.
- Non abusar dos adverbios en –mente
- Utilizar marcadores textuais para mostrar a organización das ideas.

D. A organización da páxina

Como soporte no que asenta a información, a maneira en que ésta se dispoña na páxina pode axudar a unha maior lexibilidade do texto, por iso, é un aspecto que tamén debe terse en conta.

Do equilibrio entre o tamaño da letra e da páxina en combinación co interliñado depende a facilidade de percepción ocular.

Sanz (2001) recomenda unha presentación:

- Clara, cunha disposición do texto equilibrada que axude a visualizar a estrutura do contido.
- Espaciosa, con marxes xenerosas e espazos en branco para que o texto respire e convide á lectura.
- Sobria: Sen elementos innecesarios, que fagan o texto recargado e distraian o lector.

E. A tipografía

Respecto da tipografía, Portocarrero e Gironella (2001) atribúen a cada tipo de letra un uso específico:

- Redonda. É o tipo de letra normal e emprégase para compoñer o texto xeral.

- Cursiva. Emprégase en:
 - Títulos de libros, periódicos, revistas e outros soportes, así como os de obras de arte e composicións musicais.
 - Palabras ou expresións non castelás ou non recollidas no Dicionario da Real Academia Española.
 - Partes dun texto que queremos destacar por algún motivo.É preferible evitar o uso da cursiva en todo o texto xa que, ó deixar menor espazo entre caracteres, lese peor que a redonda.
- Negriña. Emprégase en títulos, subtítulos ou epígrafes e tamén para destacar determinadas palabras no texto.
- Maiúscula. Emprégase en títulos, aínda que hai outros recursos como o emprego da negriña ou dun corpo de letra maior. É preferible non abusar da maiúscula no corpo do texto porque ralentiza a lectura.

As letras sen serifas ou de pao seco, son aquelas que non levan ningún tipo de remate; polo xeral son consideradas inadecuadas para un texto longo xa que a lectura resulta incómoda pois existe unha tendencia visual a identificar este tipo de letras como unha sucesión de paos verticais consecutivos. As letras con serifas (denominadas romanas) empréganse en publicacións que conteñen textos máis estensos (libros, xornais)⁵⁵. As letras sen serifas ou de pao seco son empregadas en titulares, rótulos, anuncios e publicacións con textos curtos.

F. Outros aspectos

Coidar a ortografía, os aspectos de concordancia das frases, revisar que non haxa erratas, etc. son regras básicas para calquer tipo de escrita formal. Tamén debe prestarse atención ós aspectos de xénero, procurando un trato respectuoso dende a linguaxe.

9. BIBLIOGRAFÍA E FONTES CONSULTADAS NA ELABORACIÓN DO CAPÍTULO

Ainsworth-Vaughn, Nancy (1998): *Claiming power in doctor-patient talk*, New-York, Oxford University Press.

Alba Santamaría, R. (2004): “Habilidades de comunicación con niños y adolescentes”, en Acinas Acinas, P., *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario*, Jaén, Ed. Formación Alcalá, páxs. 293-325.

Almanza-Muñoz, J.J.; Holland, J.C.:

(1999): “La comunicación de malas noticias en la relación médico-paciente III. Guía clínica práctica basada en evidencia”, en *Revista de Sanidad Militar Mexicana*, 53 (3), páxs. 220-224.

(1999): “La comunicación de malas noticias en la relación médico-paciente II. Guía clínica práctica basada en evidencia”, en *Revista de Sanidad Militar Mexicana*, 53 (2), páxs. 160-164.

(1998): “La comunicación de malas noticias en la relación médico-paciente. Guía clínica práctica basada en evidencia”, en *Revista de Sanidad Militar Mexicana*, 52 (6), páxs. 372-378.

Almarales Pupo, B. (2003): “Barreras que afectan a la comunicación médico-paciente. Hospital Lucía Íñiguez Landín”, en *Correo Científico Médico de Holguín*, 7 (2). Disponible en http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=64&id_seccion=2082&id_ejemplar=3234&id_articulo=31518 [20/10/2007]

Arnaiz, J. A. (2000): “Información sobre medicamentos y consentimiento informado en los ensayos clínicos”, en Codina, C.: *Educación sanitaria: Información al paciente sobre medicamentos*, Barcelona, Fundación Dr Antonio Esteve, páxs. 37-42.

⁵⁵ Segundo recolle Arnaiz (2000), para os documentos de consentimiento informado recomendaríase unha tipografía de 12 puntos de tipo *Times* ou *Courier*.

Disponible en: <http://www.esteve.org/FEsteve/content/publicaciones/1075713965.47/pub.pdf>
[20/04/2008]

Arora, N. K., McHorney, C.A. (2000): “Patients preferences for medical decision-making: Who really wants to participate”, en *Medical Care*, 38 (3), páxs. 335-341.

Asensi Pérez, J.; Villalba-Ferrer, F.; Roig-Vila, José V. (2008): “El lenguaje médico y quirúrgico”, *Cirugía Española*, 84(1), páxs.10-15.

Baile, W. F. Et al. (2000): “A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the patient with cancer”, en *The Oncologist* 5 (4), páxs. 302-311.

Disponible en: <http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/reprint/5/4/302.pdf> [22/03/08]

Barbero, J. (2006): “El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar”, en *Anales del Sistema Sanitaria de Navarra*, Vol. 29, Suplemento 3, páxs. 19-27.

Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2308/1707> [11/02/08]

Beckman, H. B.; Markakis, K. M.; Suchman, A. L. e Frankel, R. M. (1994): “The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions”, en *Archives of Internal Medicine*, vol. 154 (12), 1365-1370.

Bensing J. (2000): “Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine”, *Patient Education and Counseling*, 39 (1), páxs. 17–25.

Bermejo, J. C. (1996): *Relación de ayuda. En el misterio del dolor*, San Pablo, Madrid.

Bimbela Pedrola, J. L. (2007): *Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Bohórquez, F. (2004): “El diálogo como mediador de la relación médico-paciente” en Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]. Vol.1, nº 1, Julio-Dic. 2004.

Disponible en: <http://revista.iered.org/v1n1/pdf/fbohorquez.pdf>

Borràs, F. X. (2004): “La comunicación médico-enfermo como posible factor de mejoría o yatrogenia: psiconeuroinmunología”, en *Monografías Humanitas* nº 2, páxs. 27-38.

Borrell, F.

(2007): “La relación médico-paciente en un mundo cambiante”, en *Humanitas. Humanidades médicas*, nº 15, páxs. 1-22.

(2004): *La entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Bóveda Fontán, J. (2007): “Comunicación: una competencia esencial del médico de familia”, en *Cadernos de Atención primaria*, Vol. 4, páxs. 292-295.

Brea Feijo, J. M. (2007): “Decálogo para una buena relación médico-paciente”, en *Cadernos de Atención primaria*, Vol. 4, páxs. 240-244.

Busquets Surribas, M. (1991): “Aspectos psicológicos en la acogida del paciente al hospital”, en *Todo Hospital* nº 75, páxs. 17-22.

Buckman, R. (1984): “Breaking bad news: why is still so difficult?”, *British Medical Journal*, 288, páxs. 1597-1599.

Castellanos Sánchez, M. (2004): “La relación de ayuda en las situaciones sanitarias”, en Acinas Acinas, P., *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario*, Jaén, Ed. Formación Alcalá, páxs. 179-205.

Cassany, D.

(2006): *Tras las líneas. Sobre la lectura contemporánea*. Barcelona, Anagrama.

(1995): *La cocina de la escritura*. Barcelona, Anagrama.

Casado, M. (2008): *Manual de documentos médico-legales*, Consejería de Sanidad y Dependencia, Junta de Extremadura. Disponible en:
http://www.redaccionmedica.com/~redaccion/manual_documentos_medico_legales.pdf [25/11/2008]

Castro, M. Et al. (2007): “Babel Babble: Physicians’ Use of unclarified medical jargon with patients”, en *American Journal of Health Behavior*, 31 (Supl. 1), páxs. 85-95.

Centeno Cortés, C. / Núñez Olarte, J. M. (1998): “Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España”, *Medicina Clínica*, 110, 744-750. Disponible en

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=2418> [07/02/08]

Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1997): “Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it take at least two to tango)”, *Social Science and Medicine*, Vol. 44, nº 5, páxs. 681-692.

Cibanal Juan, L.; Arce Sánchez, M. C.; Carballal Balsa, M. C. (2003): *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud*, Madrid, Elsevier.

Clark, J.A; Potter, D.A. e MacKinlay, J. B. (1991): “Bringing social structure back into clinical decision making”, en *Social Science and Medicine*, 32, páxs. 853-866.

Clèries, X.

(2006): *La Comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. Barcelona, Masson.

----- et al. (2003): “Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica”, en *Atención Primaria*, 32 (2), páxs. 110-117.

Clever, Sarah L.; Jin, L.; Levinson, W.; Meltzer, D.O. (2008): “Does Doctor-Patient Communication affect patient satisfaction with Hospital care? Results of an Analysis with a Novel Instrumental Variable”, en *Health Research and Educational Trust*. Disponible en <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/120120487/HTMLSTART> [25/06/08]

Cockerham, W. C. (2001): *Sociología de la Medicina*, Madrid, Pearson Educación.

Coe, R. M. (1973): *Sociología de la Medicina*, Madrid, Alianza Editorial.

Cooper, L. Et al. (2003): “Patient-Provider Communication. The Effect of Race and Ethnicity on process and outcomes of health care”, en Smedley, B.; Stith, A.; Nelson, A. R. (Ed .), *Unequal treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, Washington, National Academy Press.

Cordella, Marisa (2004): *The Dynamic Consultation. A discourse analytical study of doctor-patient communication*, Amsterdam, Pragmatic & Beyond New Series, John Benjamin Publishing Company.

Couceiro, A. (ed.) (1999): *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela.

Dalmases Arnella, M. (2003): Anàlisi de l'exercisi actual de la medicina des de la perspectiva de la societat i dels metges, Tesi Doctoral, Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible en http://www.tdx.cbuc.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0621104-200935//mda1de1.pdf [12/02/08]

DeCastro, F. J. (1972): "Doctor-patient communication: Exploring the effectiveness of care in a primary care clinic", *Clinical Pediatrics*, 11, 86-87.

De Haes, Hanneke (2006): "Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability", *Patient Education and Counseling*, 62 (3), 291-298.

Delgado Ana, López-Fernández Luis A. (2004): "Professional practice and gender in primary care", en *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, supl. 1.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400018&lng=en&nrm=iso [19/07/08].

Donati, P. (1994): *Manual de Sociología de la Salud*, Madrid, Díaz de Santos.

Donnelly TT. (2008): "Challenges in providing breast and cervical cancer screening services to Vietnamese Canadian women: the healthcare providers' perspective", *Nursing Inquiry*, 15(2), 158-168.

Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992): "Four models of the physician-patient relationship", *JAMA*, 267 (16), páxs. 2.221-2.226. [Trad. Cast.: (1999): "Cuatro modelos de la relación médico-paciente", en Couceiro, A., *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela, páxs. 109-126].

Epstein, R. M., Alper, Brian S., Quill, Timothy E. (2004): "Communicating evidence for participatory decision making", *JAMA*, 291 (19), páxs. 2359-2366.
Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/19/2359> [20/04/08]

Espinosa Brito, A. (2006): "Ética en el pase de visita hospitalario", en *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 32, n° 4, oct.-dic. 2006.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400008&lng=pt&nrm=iso

Fleisher et al. (2008): “Using health communication best practices to develop a web-based provider–patient communication aid: The CONNECT study”, en *Patient Education and Counseling*, vol. 71 (3), páxs. 378 - 387.

Frederikson, L. G. (1993): “Development of an Integrative Model for Medical Consultation”, *Health Communication*, 5: 3, páxs. 225-237.

Fuller, D. S. e Quesada, G. M. (1973): “Communication in medical therapeutics”, *Journal of Communication* 23, 361-370.

Fust, L. R. (1998): *Between doctors and patients : the changing balance of power*, Charlottesville : University Press of Virginia.

Gallar, M. (2005): *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*, Madrid, Thomson.

García, C. e Ogando, B. (2005): “Comunicación eficaz para profesionales de la salud”, en *Enfermería Científica*, nº 276-277, páxs. 31-39.

García Álvarez, M. A.

(2008): Seminario ‘Comunicación en emerxencias e catástrofes’, no marco do Curso ‘Gabinetes de Comunicación. Información en situacións de crise’, celebrado na Facultade de Ciencias da Comunicación en Compostela, o 27 de Maio de 2008.

(2007): “Apuntes sobre comunicación en emergencias y catástrofes”, en Túñez López, M. (coord.): *Comunicación Preventiva. Planificación y ejecución de información interna y externa ante situaciones de crisis*, A Coruña, Netbiblo, páxs. 185-207.

García Díaz, F. (2006): “Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud”, en *Medicina Intensiva*, vol 30, nº 9, páxs.. 452-459.

García Ortega, C.; Cozar Murillo, V.; Almenara Barrios, J. (2004): “La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Lei 41/2002, *Revista Española de Salud Pública*, 78, páxs. 469-479.

Gil, F. Et al. (1995): “Aplicaciones: La formación de los profesionales de la salud”, en Gil Rodríguez, F.; León Rubio, J.; Jarana Expósito, L., *Habilidades sociales y salud*, Madrid, Ed. Pirámide, páxs. 87-98.

Girón, M.; Beviá, B.; Medina, E.; Talero, M. S. (2002): “Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria de Alicante: un estudio con grupos focales”, en *Revista Española de Salud Pública*, vol.76, nº 5, páxs. 561-575. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/original6.pdf> [17/03/08]

Goleman, D. (2004): *Inteligencia emocional*, Ed. Salvat.

González Barón, M.; Díaz Martínez, F.; Ordóñez Gallego, A. (2001): *La relación médico-paciente en oncología. Una visión sociológica*, Barcelona, Ars Medica.

Gómez Esteban, R. (2002): *El médico como persona en la relación médico-paciente*, Madrid, Ed. Fundamentos.

Gómez Sáncho, M. (2000): *Cómo dar malas noticias en medicina*, Madrid Arán.

González Rodríguez, V. e González Correales, R. (coord.) (2004): *El médico con burn-out. Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia*, Madrid, IM&C. Disponible en: http://www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/burn/burnout_complet.pdf

Granado Martínez, M. A. (2006): “El estrés del personal sanitario. Burnout”, en Acinas Acinas, P., *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario*, Jaén, Ed. Formación Alcalá, páxs. 407-439.

Guix Oliver, J. (2005): *Actituds i percepcions respecte dels drets dels usuaris dels hospitals del sector sanitari de Reus*, Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili.
Disponible en: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0318105-140752//Tesisdefinitiva4.pdf [01/03/08]

Guix Oliver, J., Fernández Ballart, J., Sala Barbany, J. (2006): “Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes”, en *Gaceta Sanitaria*, 20, páxs. 465-72.

Hall, J.A.; Irish, J.T.; Roter, D.L.; Ehrlich, C.; Miller, L.H. (1994): “Gender in medical encounters: An analysis of physician patient communication in a primary care setting”, en *Health Psychology*, 13, páxs. 384-392.

Hammer C, Fanning A, Crowe J. (2008): “Overview of breast cancer staging and surgical treatment options”, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75 Suppl 1:S10-6.

Hernández Cuadrado, L. A.; Hernando García-Cervigón, A. (2006): *Lengua y comunicación en el discurso periodístico de divulgación científica y tecnológica*, Madrid, Ed. Fragua.

Infante Castañeda, C.: *Quejas médicas: La insatisfacción de los pacientes*, Editores de Textos Mexicanos, Mexico, 2006.

Iraburu, M.

(2006): “Confidencialidad e intimidad”, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 29, Suplemento 3, páxs. 49-59.

(2005): *Con voz propia*, Madrid, Alianza Editorial.

Jaramillo Echeverri, L.G et al. (2004): “Percepción del paciente su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia) en *Index de Enfermería*, vol. 13, no. 46, páxs 29-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200006&lng=es&nrm=iso [18/12/2007]

Jovell, A. J. (2006): “El paciente del siglo XXI”, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (Supl. 3), páxs. 85-90.

Keulers, B.J.; Scheltinga, M. R. M.; Houterman, S.; Van der Wilt, G. J.; Spauwen, P. H. M. (2008): “Surgeons underestimate their patients’ desire of preoperative information”, en *World Journal of Surgery*, 32 (6), páxs. 964-970.

Kiesler, D. J.; Auerbach, S. M. (2006): “Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions”, en *Patient Education and Counseling*, 61 (3), páxs. 319-341.

Kinnersley, P.; Peters, S. N.; Harvey I, T.J. (1999): “The patient-centredness of consultations and outcome in primary care”, en *British Journal of General Practice*, 49, páxs. 711–716.

Korsch, Bárbara M.; Harding, C. (1998): *The Intelligent patient's guide to the doctor-patient relationship : learning how to talk so your doctor will listen*, New York, Oxford University Press.

Laín Entralgo, P.:

(2003): *El médico y el enfermo*, Madrid, Triacastela.

(1983): *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza Editorial.

Lambert, B. et al. (1997): “Provider-patient communication, patient-centered care and the mangle of practice”, en *Health Communication*, vol. 9 (1), páxs. 27-43.

Lansdown M, Martin L, Fallowfield L. (2008): “Patient-physician interactions during early breast-cancer treatment: results from an international online survey”, *Current Medical Research and Opinion*, 24 (7), páxs. 1891-1904.

Lázaro, G. A.; Fernández Alarcón, F.; Gutiérrez Martín, I.; Barca Fernández, R. Parejo Miguez, F.; López de Castro, F. (2004): “La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas”, en *Atención Primaria*, 33 (7), páxs. 361-365.

Lázaro, J.; Gracia, D. (2003): “La nueva relación clínica” en Laín Entralgo, P. (2003): *El médico y el enfermo*, Madrid, Triacastela, páxs. 9-36.

Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM (1997): “Physicianpatient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons”, en *Journal of American Medical Association*, 277, páxs. 553–559.

Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/277/7/553> [19/03/08]

Lloyd, Margaret; Bor, Robert (2004): *Communication skills for Medicine*, Elsevier.

López Piñero, J. M. ; Terrada Ferrandis, M. L.

(2005): *Introducción a la terminología médica*, Barcelona, Masson.

(2000): *Introducción a la medicina*, Barcelona, Ed. Crítica.

Maceiras García, L. (1996): *Satisfacción de los usuarios ante la atención a la salud recibida en un hospital: el caso del Complejo Hospitalario "Juan Canalejo"*, Tesis doctoral, Universidad de Santiago de Compostela (USC).

Maestro Hernández, M. C.

(2004a): “La comunicación en contextos sanitarios”, en Acinas Acinas, P., *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario*, Jaén, Ed. Formación Alcalá, páxs. 43-75.

(2004b): “Habilidades de comunicación con personas mayores”, en Acinas Acinas, P., *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario*, Jaén, Ed. Formación Alcalá, páxs. 327-368.

Manasanch i Dalmau, P. (1991): “La burocracia en las admisiones al hospital”, en *Todo Hospital* nº 75, páxs. 43-48.

Martín-García, M.; Ruiz-Hervella, V. e Sánchez-Bayle (2005): “Satisfacción laboral en el personal de las fundaciones sanitarias en Galicia”, en *Revista de Administración Sanitaria*, 3 (2), páxs. 303-313.

Marvel, M. K.; Epstein, R. M.; Flowers, K., Beckman, H. C. (1999): “Soliciting the Patient’s Agenda. Have we Improved?”, en *Journal of American Medical Association (JAMA)*, vol. 281 (3), páxs. 283-287.

Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/281/3/283> [13/05/08]

Maslach, C.

(1982): *Burnout, the cost of caring*, New-York, Prentice-Hall.

----- e Leiter, M. P. (1997): *The Truth about Burnout*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

----- e Jackson, S. E. (1982): “Burnout in Health Professions: A social psychological analysis”, en Sanders, G.S. e Suls, J., *Social Psychology of Health and Illness*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum.

Mead N, Bower P (2000): “Patient centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature”, *Social Science & Medicine*, 51, páxs. 1087– 1110.

Mead N, Bower P, Hann M. (2002): “The impact of general practitioners’ patient-centredness on patients’ post-consultation satisfaction and enablement”, *Social Science and Medicine*, 55, 283–99.

Minichiello, Tracy A.; Ling, D.; Ucci, Debra K. (2007): "Breaking bad news: A Practical Approach for the Hospitalist", *Journal of Hospital Medicine*, vol. 2 (6), páxs. 415-421.

Mordiffi, S.Z.; Tan, S.P.; Wong, M. K. (2003): "Information provided to surgical patients versus information received", *AORN Journal*, 77, páxs.. 561-562.

Murillo Cabezas, F. Et al. (2007): "Organización y gestión de las urgencias hospitalarias", en Temes, J. L. e Mengibar, M. , *Gestión hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill.

Northouse, L.L e Northouse, P. G. (1998): *Health Communication. Strategies for Health Professionals*, New Jersey, Pearson Education.

Okino Sawada, N.; Galvao, C.M.; Costa Mendes, I.A.; Dela Coleta, J. A. (1998): "Invasão do territorio e espaço pessoal do paciente hospitalizado: adaptação de instrumento de medida para a cultura brasileira", *Revista latino-americana de enfermagem*, vol.6, nº1.

Ong, L. M. L.

----- e t al. (1999): "Cancer patients' coping styles and doctor-patient communication", en *Psycho-Oncology*, 8, páxs. 155-166.

----- e De Haes, J. C. J. M., Hoos, A.M., Lammes, F. B. (1995): "Doctor-patient communication: A review of literature", *Social Science and Medicine*, Vol. 40, nº 7, páxs. 903-918.

Pascual, P. e Indurain, S. (2001): "Como mejorar nuestras entrevistas clínicas", *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24, Supl. 2., páxs. 15-22.

Dispoñible en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple3a.html> [05/04/08]

Pendleton, D.; Hasler, J. (1990): *Doctor-patient communication*. Londres, Academic Press.

Porter, R. (2003): *Breve historia de la medicina: las personas, la enfermedad y la atención sanitaria*, Madrid, Taurus.

Prados Castillejo, JA

---- e Quesada Jiménez, F. (1998): "Guía práctica sobre cómo dar malas noticias", *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 5, 4, páxs. 238-250.

(1992): “Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento”, en *Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 19, páxs. 209-216.

Ribera, D. Et al. (1988): “Entrenamiento en comunicación. Necesidad para enfermería”, en *Rol de enfermería*, 113, páxs. 26-28.

Rodríguez Marín, J.:

----- e Neipp López, Mª del Carmen (2008): *Manual de psicología social de la salud*, Madrid, Ed. Síntesis.

-----e Zurriaga Llorens, R. (1997) *Estrés, enfermedad y hospitalización*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

(1995): *Psicología social de la salud*, Madrid, Síntesis.

Roter, D.

---- e McNeilis, K. S. (2003): “The nature of the therapeutic relationship and the assessment of its discourse in routine medical visits”, en Thompson, T., Dorsey, A.M., Miller, K. I., Parrott, R. (Ed.) (2003): *Handbook of health communication*, Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum.

(2000): “The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship”, *Patient Education and Counseling*, 39 (1), páxs. 5-15.

---- e Hall, J. (1993): *Doctors talking with patients/ Patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*, Westport, Auburn House.

(1989): “Which facets of communication have strong effects on outcome. A meta-analysis, en Stewart e Roter, D., *Communication with medical patients*, London, Sage.

----, Hall, J. e Katz, N. (1988): “Patient-physician communication. A descriptive summary of the literature, en *Patient Education and Counselling*, 12 (2), páxs. 99-119.

Rubiera, G.; Arbizu, R.; Alzueta, A.; Agúndez, J. J.; Riera, J. R. (2004): “La legibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias”, en *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), páxs. 153-158.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es [21/03/08]

Ruiz Moral, R. et al. (2002): *Estudio sobre la calidad de la comunicación clínica de los médicos residentes: Valoración de su evolución y eficacia de un programa formativo en entrevista clínica*, Sevilla, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Sánchez González, M. A. (1998): *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*, Barcelona, Masson,

Safran, D.G.; Taira, D.A.; Rogers, W. H.; Kosinski, M.; Ware, J. E.; Tarlov, A. R. (1998): “Linking primary care performance to outcomes of care”, en *Journal of Family Practice*, 47, páxs. 213–220.

Santiñá, M. Et al. (2004): “Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial” en *Revista de Calidad Asistencial*, 19 (4), páxs. 238-242.

Sanz, G. (2001): *Aprender a redactar notas*, Barcelona, Paidós.

Sawada, O.; Galvão, C.M.; Costa Mendes, I.A.; Dela Coleta, J.A. (1998): “Invasão do território e espaço pessoal do paciente hospitalizado: Adaptação de instrumento de medida para a cultura brasileira”, en *Revista latinoamericana de enfermagem*, vol. 6 (1), páxs. 5-10.

Schattner, A.; Bronstein, A.; Jellin, N. (2006): “Information and shared decision making are top patients’ priorities”, en *Health Services Research*, 6: 21.

Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/21> [02/07/08]

Seijas Villadangos, E. (2006): *Los derechos de los pacientes*, Madrid, Boletín Oficial del Estado.

Servicio Andaluz de Salud (2003): *Libro de estilo del Servicio Andaluz de Salud. El estilo de relación de los profesionales del SAS con los profesionales que usan sus servicios*, Consejería de Salud, Gobierno de Andalucía.

Servicio de Documentación e Archivo Clínico, Hospital Juan Canalejo (1993): *Reglamento da historia clínica: manual de uso*, A Coruña, Lomar.

Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS) (2000): *Líneas estratégicas básicas en atención al usuario*.

Disponible en: http://www.seaus.net/pdf/Guia_SEAUS_1%20Lineas_estrategicas.pdf [22/04/08]

Silverman, J.; Kurtz, S. Draper, J. (2005): *Skills for communicating with patients*. Oxonn, Radcliffe Publishing.

Simón, P.

(2000): *El consentimiento informado*, Madrid, Triacastela.

(1999): “El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias”, en Couceiro, A. (ed.), *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela, páxs. 133-144.

Simpson et al. (1991): “Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement”, en *British Medical Journal*, vol. 303 (6814), páxs. 1385-1387.

Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/303/6814/1385.pdf> [24/04/08]

Sitkewich, A. (1992): “Comunicación de la información acerca de la enfermedad en los pacientes hospitalizados”, *Revista Médica de Uruguay*, nº 8, páxs. 18-27.

Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/8/1/2/es/5/> [20/03/08]

Stewart, M.:

(1995) “Effective physician-patient communication and health outcomes: a review”, en *Journal of Canadian Medical Association*, 152 (9), páxs. 1423-1433.

----- e Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Westin WW (2000). “The impact of patient-centered care on patient outcomes” en *Journal of Family Practice*, 49, páxs. 796–804.

----- e Brown JB, Weston WW, Mcwhinny IR, Mcwilliam CL, Freeman TR (2003): *Patient-centered medicine transforming the clinical method*, Abingdon, Radcliffe Medical Press.

Street, R. L.

(2003): “Communication in medical encounters: an ecological perspective”, en Thompson et al. (Ed.), *Handbook of Health Communication*, New Jersey, Lawrence Erlbaum.

(1991): “Information-giving in medical consultations: The influence of patients’ communicative styles and personal characteristics”, en *Social Science and Medicine*, 32, páxs. 541-548.

Suchman, A.L.; Markakis, K.; Beckman, H. B. e Frankel. R. (1997): “A model of empathic communication in the medical interview”, en *Journal of American Medical Association*, vol. 277 (8), páxs. 678-682.

Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/277/8/678> [11/03/08]

Suchman, A.L.; Branch, W.T.; Matyhews, D.A. (1995): “The rol of the medical interview in the physician’s search for meaning”, en Lipkin, et al. (ed.): *The medical interview*, Nueva York, Springer-Verlag, páxs. 368-378.

Suhonen, R.; Nenonen, H.; Laukka, A.; Valimaki, M. (2005): “Patients’ informational needs and information received do not correspond in hospital”, en *Journal of Clinical Nursing*, 14, páxs. 1167-1176.

Swenson, S. L.; Buell, S.; Zettler, P.; White, M.; Ruston, D. C.; Lo, B. (2004): “Patient-Centered Communication. Do really patients prefer it?”, en *Journal of General Internal Medicine*, 19, páxs. 1069-1079.

Szazs, Th.; Hollender, M. H. (1956): “A contribution to the phylosophy od medicine: the basic models of doctor-patient relationship”, *Archives of Internal Medicine*, 97, páxs. 585-592.

Taylor, Shelley E.

(2003): *Psicología de la salud*,

(1995): *Health Psychology*, New York, McGraw-Hill.

Thompson, T.

---, Dorsey, A.M., Miller, K. I., Parrott, R. (Ed.) (2003): *Handbook of beakth communication*, Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum.

(1994): “Interpersonal Communication and Health Care”, en Knapp, M. L.; Miller, G. R. *Handbook of interpersonal communication*, Thousand Oaks, Sage.

(1990): “Issues in interpersonal communication”, en Berlín Ray, E. E Donohew, L. *Communication and Health. Systems and applications*. ALawrence Erlbaum Associates, New-Jersey.

Toombs, S. K. (1993): *The meaning of illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

Torío Duránte J. e García Tirado, MC (1997):

“

Relación médico-paciente y entrevista clínica I: opinión y preferencias de los usuarios”, en *Atención Primaria*, 19, páxs. 18-26.

“Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos”, en *Atención Primaria*, 19, páxs. 27-34.

Travalline, J.M.; Ruchinskas, R.; D’Alonzo, G.E. (2005): “Patient-Physician Communication: Why and How”, *Journal of the American Osteopathic Association*, vol. 105 (1), páxs. 13-18.

Vandekieft, G. K. (2001): “Breaking bad news”, en *Journal of American Family Physician*, Vol. 64 (12), páxs. 1975-1978.

Vidal i Benito, María del Carmen (2006): *Acercas de la buena comunicación en medicina*, Intramed Libros electrónicos.

Disponible en: <http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/capitulos.htm> [19/01/08]

Vilagrass, P. (1991): “Perfil profesional del personal de acogida en los hospitales”, en *Todo Hospital*, nº 75, páxs. 25-28.

Villanueva, A. et al. (2006): “Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente”, en *Revista de Calidad Asistencial*, 21 (4), páxs. 199-206.

Waitzkin, H.

(1985): “Information giving in medical care”, en *Journal of Health and Social Behavior*, 26, páxs. 81-101.

(1984): “Doctor-patient communication”, en *Journal of the American Medical Association*, 252 (17), páxs. 2441-2446.

Welch Cline, R. J. (2003): “At the intersection of micro and macro: opportunities and challenges of physician-patient communication research”, *Patient Education and Counseling*, 50 (1), páxs. 13-16.

Willems, S. Et al. (2005): “Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference?” en *Patient Educating and Counseling*, 56 (2), páxs. 139-146.

Williams, S.; Weinman, J. e Dale, J. (1998): “Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review”, *Family Practice*, 15 (5), páxs. 480-492.

Williams, A. M.; Dawson, D.; Kristjanson, Linda J. (2008): “Exploring the relationship between personal control and the hospital environment”, en *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17 (12), páxs. 1601 – 1609.

Wilson, Meter H; Spence, Susan H.; Kavanagh, David J. (1995): *Técnicas de entrevista clínica*, Barcelona, Marínez Roca.

Zas Ros, B. (2004): “El hospital para nosotros. Propuesta de un manual para los usuarios hospitalizados en el Hospital Clínico Quirúrgico ‘Hermanos Ameijeiras’”, *Revista Cubana de Psicología*, 21, 1. Disponible en <http://www.dict.uh.cu/Revistas/PS2004/Vol%2021%20No1/Ps21/04-08.doc> [15/09/08]

LEXISLACIÓN

A) ESPECÍFICA

A.1. Española

Lei 14/1986, de 25 de abril, Xeral de Sanidade.

Convenio de Oviedo (1997), *Convenio para a protección dos dereitos humanos e a dignidade do ser humano con respecto ás aplicacións da bioloxía e a medicina.*

Lei 41/2002 de 14 de novembro, *Lei básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica.*

Lei 16/2003, de 28 de Maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde.

Lei 44/2003, de 21 de novembro, *de ordenación das profesións sanitarias.*

Lei 29/2006, de 26 de xullo, *de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios.*

Decreto 259/2007, do 13 de decembro, polo que se crea o Rexistro galego de instrucións previas sobre coidados e tratamento da saúde.

A.2. Galega

Lei 3/2001, do 28 de Maio, *do Consentimento Informado e da Historia Clínica dos pacientes.*

Lei 7/2003, do 9 de decembro, de ordenación sanitaria de Galicia (Losga).

Lei 3/2005, do 7 de marzo, *de modificación da Lei 3/2001, do 28 de Maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes.*

Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia.

B) XERAL

Constitución Española de 1978.

Lei 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Personal.

CÓDIGOS DEONTOLÓXICOS

Organización Médica Colegial: Código de Ética y Deontología Médica de 1999

<http://www.cgcom.org/sites/default/files/Codigo.pdf> [25/09/08]

Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería: Código Deontológico de Enfermería de 1989

DECLARACIONES

Decálogo dos Pacientes. Declaración de Barcelona, 2003.

Carta Europea dos Dereitos dos Pacientes, Roma, 2002.

Declaración sobre a promoción dos Dereitos dos Pacientes en Europa, Ámsterdam, 1994.

CAPÍTULO IV

A COMUNICACIÓN HOSPITALARIA EN GALICIA.

**COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN AO USUARIO
HOSPITALIZADO.**

**BASES PARA UNHA COMUNICACIÓN
ORIENTADA AO USUARIO HOSPITALIZADO.**

ÍNDICE DO CAPÍTULO IV

1. Reflexión previa. Algúns datos de interese	509
1.1. Diagnóstico previo: Barómetro Sanitario 2007.	510
2. Propósito e obxectivos da investigación	513
3. Hipóteses de partida	516
4. Metodoloxía:	519
4.1. Indicios	519
4.2. Técnicas metodolóxicas aplicadas	520
5. Resultados. Conclusións iniciais	537
Bloque 1: A Comunicación Hospitalaria en Galicia	538
1.1. A Comunicación Hospitalaria na rede pública galega	538
1.2. A Comunicación Hospitalaria na rede privada galega	558
1.3. Visión de conxunto. A Comunicación Hospitalaria en Galicia	563
Bloque 2: Comunicación e información ao usuario Hospitalizado	580
2.1. Características dos enquisados/as	585
2.2. Resultados.	588
2.3. Conclusións.	614
Bloque 3: Documentos hospitalarios	629
3.1. Resultados	638
3.2. Conclusións: Presentación e redacción dos documentos analizados	658
3.3. Grupos de traballo sobre a comprensión dos documentos de consentimento informado	660
3.4. Conclusións	669
Bloque 4: Conclusións finais	673
4.1. Síntese de conclusións.	674
4.2. Liñas de investigación abertas.	691
6.-Bibliografía e fontes consultadas na elaboración do capítulo	694

1.- REFLEXIÓN PREVIA. ALGÚNS DATOS DE INTERESE.

“Los hospitales de hoy son como el cielo nocturno:
Vemos pocas estrellas y las agrupamos en constelaciones
míticas, pero lo que es principalmente visible es la oscuridad”¹.

A Sanidade, en particular a galega, vive un momento de cambio. En primeiro lugar, porque o perfil de usuario está a mudar, de maneira que o seu nivel de esixencia faise cada vez maior, así como a súa capacidade de decisión e de elección.

En segundo lugar, porque as Novas Tecnoloxías comezan a ser aproveitadas polos servizos de Atención Primaria e Especializada, contribuíndo a que os centros sanitarios e hospitalarios se abran cada vez máis ao exterior.

En terceiro lugar, porque os hospitais precisan facer dos seus equipos de profesionais un equipo unido, coordinado, motivado, para o cal deben contar con líderes con perfís comunicativos e non só cunha alta competencia médica ou de xestión.

A Comunicación é unha necesidade acuciante para o hospital neste contexto de cambios. Pero, ¿como a afrontan? ¿como a empregan? ¿estánlle a sacar o seu máximo partido en beneficio dos usuarios?

Estes interrogantes constitúen a base da presente investigación, que se estrutura en tres grandes partes:

- Nunha primeira parte tentaremos coñecer quen son e como traballan os departamentos de comunicación das entidades hospitalarias.
- Nunha segunda parte, analizaremos as opinións dos usuarios que pasaron pola experiencia da hospitalización para coñecer a súa visión por canto á comunicación e a información recibida.
- Nunha terceira parte, estudaremos o grao de lexibilidade dun conxunto de documentos escritos dirixidos aos usuarios dos hospitais.

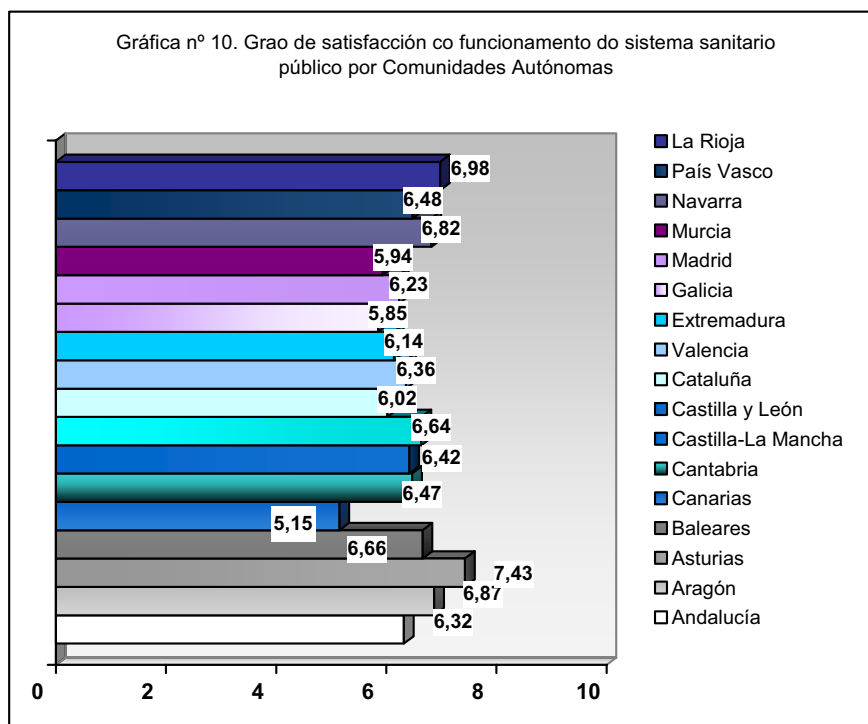
¹ Villar, J.: “El hospital enfermo”, en *El País*, 11/11/2008.

Antes de expoñer os resultados que se desprenden do presente estudo, expoñemos as aportacións máis relevantes do Barómetro sanitario 2007, en relación coa opinión dos usuarios sobre a comunicación e a información recibida por parte de hospitais e da Administración sanitaria por constituír unha fonte de datos de interese de recente recollida, tanto a nivel español coma galego.

1.1. DIAGNÓSTICO PREVIO: BARÓMETRO SANITARIO 2007.

Segundo se desprende dos datos do Barómetro Sanitario 2007, o grao de satisfacción dos cidadáns españois co sistema sanitario público non resulta moi elevado, sendo a cualificación máis alta a dos cidadáns de Asturias que lle conceden un 7,43 sobre 10.

Cabe subliñar que se detecta que os cidadáns galegos están pouco satisfeitos co sistema sanitario público, outorgándolle un 5,85 de media, nunha escala de 1 a 10 e sendo a segunda nota máis baixa tralo 5,15 dos habitantes de Canarias.



Fonte: Barómetro sanitario 2007

Aínda que un 70,3% dos galegos enquisados que estiveron ingresados nun hospital público nos últimos doce meses considera que a atención recibida foi boa, os aspectos relacionados coa información e coa comunicación reciben máis ben notas baixas por parte dos cidadáns enquisados.

Aspecto avaliado	Nota en Galicia	Diferencia respecto da media española
Trato recibido do persoal non sanitario (celadores, administrativos, limpadores, etc.)	6,3	-0,59
Coidados e atención por parte do persoal de enfermería	6,42	-0,79
Coidados e atención por parte do persoal médico	6,27	-0,85
Información recibida sobre a evolución do problema de saúde	6,32	-0,7
Consellos do médico sobre consumo de alcol, tabaco, alimentación, exercicio, etc.	6,34	-0,56

Táboa nº 84. Grao de satisfacción co ingreso hospitalario en cada un dos aspectos sinalados, sendo 1 totalmente insatisfactorio e 10 totalmente satisfactorio. Fonte: Barómetro sanitario 2007.

Elaboración propia.

As notas son máis baixas que a media española e, concretamente, en todos estes ítems que están relacionados coa comunicación e coa información, os galegos outorgan as cualificacións máis baixas do conxunto do estado español, algo que non se produce nos restantes elementos de análise: aspectos de hostalería, de xestión, número de persoas que comparten habitación ou demoras no ingreso.

Cando se lles pide ós cidadáns que avalíen a información que reciben dos servizos sanitarios públicos, as notas, en toda España, son moi baixas.

Aspecto avaliado	Nota en Galicia	Diferencia respecto da media española
Información da Administración sanitaria sobre os servizos que presta	4,98	+0,12
Información acerca dos dereitos e vías de reclamación dos usuarios	4,44	+0,27
Información sobre medidas e leis adoptadas polas autoridades sanitarias	4,69	+0,29
Información emitida a través de campañas dirixidas á poboación sobre os principais problemas de saúde	5,45	-0,01
Información dispoñible sobre qué tramites realizar para acceder ó especialista ou ingresar nun hospital	4,79	-0,21

Táboa nº 85. Valoración da información facilitada, sendo 1 “non facilita ningunha información” e 10, “facilita moita información”. Fonte: Barómetro sanitario 2007. Elaboración propia.

Tendo en conta que o punto de vista dos usuarios, os cales constitúen a pedra angular de todo sistema sanitario, valora de xeito bastante negativo aspectos vinculados coa información e a comunicación por parte da Administración sanitaria, cremos que resulta necesaria unha reflexión en profundidade acerca dos seguintes aspectos:

- ¿Están esforzándose o suficiente as institucións sanitarias para comunicarse adecuadamente coa sociedade?
- ¿Están optimizando todas as canles ao seu dispor para logralo?
- ¿Que carencias perciben os usuarios respecto da comunicación e da información recibida?
- E, ¿como poden mellorarse?

Consideramos que o hospital, como parte fundamental da Administración sanitaria, ten a responsabilidade e obriga de informar adecuadamente os cidadáns sobre todos os aspectos que lles afecten e que desexen coñecer.

Neste traballo, buscamos tirar do fío que amosan estas porcentaxes. Para iso, precisamos estudar en maior profundidade a comunicación que practican os hospitais galegos cos seus usuarios. Ese será o punto de partida sobre o que plantexarse melloras a realizar para conseguir uns cidadáns máis e mellor informados.

2. PROPÓSITO E OBXECTIVOS DA INVESTIGACIÓN.

As aportacións teóricas revisadas e sintetizadas até o de agora sustentáronse nunha serie de traballos realizados arredor da Comunicación Hospitalaria e da Comunicación médico-paciente fundamentalmente, aportados dende diversas disciplinas, perspectivas e paradigmas.

Dende as Ciencias da Comunicación ou máis propiamente, dende a Comunicación Institucional, detectábase, non obstante, a ausencia dunha análise en profundidade das peculiaridades da comunicación nun tipo de entidades fundamentais na nosa sociedade e dificilmente equiparables a calquera outra: os hospitais.

O hospital ten sido un obxecto de estudo fascinante para os sociólogos. As relacións de autoridade, o alto nivel profesional dos seus membros ou a convivencia entre unha gran cantidade de profesionais de diverso tipo foi, durante o século XX, obxecto de interese dos investigadores. O presente traballo ten en conta eses aspectos sociolóxicos e tamén os psicolóxicos en relación cunha variable fundamental: a Comunicación Hospitalaria na súa vertente intermedia, e máis concretamente, aquela relacionada coa comunicación ó usuario hospitalizado.

Somos conscientes de que todos os hospitais son iguais e de que cada hospital é un mundo distinto. Acorados nunha zona xeográfica e nun ámbito social determinado, cada hospital manifesta as súas particularidades, representa un pequeno mundo dentro dunha realidade compartida.

“En realidad las organizaciones designadas con este nombre presentan grandes diferencias entre si, no sólo en el tipo de edificios, en su tamaño y en sus posibilidades económicas, sino también en sus programas y en la clase de medio ambiente social que presentan a los enfermos, al personal y al público” (Coe, 1973: 305).

Porén, o obxecto de estudo do presente traballo non é a institución en si mesma, senón a Comunicación Hospitalaria desenvolvida nun territorio en concreto, o da Comunidade Autónoma de Galicia, e nun contexto temporal determinado, o noso período de estudo, que vai de setembro de 2008 a marzo de 2009.

O obxectivo xeral, por tanto, era o de coñecer o desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria en Galicia, con especial atención ao usuario hospitalizado.

Como obxectivos específicos que nos gustaría acadar dende a presente investigación figuraban os seguintes:

1. Constatar o grao de desenvolvemento dos Gabinetes de Comunicación nos hospitais de Galicia.
-

A través da resposta ás seguintes preguntas:

- ¿Teñen todos os hospitais galegos un departamento de comunicación?
- ¿Que posición ostenta no organigrama xerárquico?
- ¿Que funcións desenvolve?

A existencia do Departamento de Comunicación apunta a un interese pola comunicación dende as institucións hospitalarias, como se veu defendendo ao longo do presente traballo, e, polo tanto, a un interese por darse a coñecer e relacionarse cos outros axentes do sistema social.

A súa ausencia, pola contra, denotaría unha falta na conciencia dos hospitais e dos seus responsables respecto do seu potencial comunicativo. A inexistencia dun departamento de comunicación no hospital mermaría a relación da institución cos públicos (externos e internos), limitando a proxección da súa personalidade institucional e mermando a súa capacidade de cambio e de adaptación ao entorno.

2. Coñecer as demandas informativas do principal público de calquera hospital, os seus usuarios:
-

- ¿Qué información botan en falta os pacientes ingresados ao longo do seu proceso de ingreso hospitalario?
- ¿Como perciben a comunicación establecida cos profesionais do hospital?

3. Averiguar o grao de comprensión de distintos tipos de documentación escrita que o hospital dirixe ós seus usuarios.
-

- ¿Compréndense as instrucións médicas que reciben os pacientes?
- E os formularios de consentimento informado, ¿están redactados de forma accesible para unha persoa sen formación médica?
- En poucas palabras, ¿están os documentos hospitalarios dirixidos ós pacientes pensados, redactados e orientados ós pacientes?

Estes tres obxectivos básicos, que responden á estruturación tripartita do traballo práctico, oriéntanse cara á un obxectivo xeral de conxunto: Coñecer o grao de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria en Galicia en relación aos usuarios hospitalizados, principal público da institución.

Este traballo, polo tanto, aspira a diagnosticar:

- 1) O nivel de implementación da Comunicación Institucional nos hospitais: nivel de recursos, nivel de desenvolvemento e grao de funcionalidade.
- 2) O grao de orientación da comunicación ás necesidades do usuario hospitalizado.

Dos resultados obtidos, buscamos ofrecer unhas *Bases para unha comunicación orientada ao Usuario Hospitalizado*.

Cremos que o presente traballo pode resultar de interese e de utilidade tendo en conta os seguintes elementos:

- A súa proxección social, pois os seus resultados poden ser de interese para as institucións obxecto de estudo e, se se teñen en conta, responder ás demandas da sociedade galega en xeral.
- As súas implicacións prácticas poden dar solución aos problemas de comunicación e de información que moitas veces perciben os usuarios do sistema sanitario.
- Rompe fronteiras artificiais ao adentrarse nun campo de estudo, o da Comunicación na área sanitaria, reservado case con exclusividade aos profesionais da medicina e no que se poden e se deben aportar reflexións de interese dende as Ciencias da Comunicación.

3. HIPÓTESES DE PARTIDA.

O ingreso hospitalario constitúe unha etapa máis ou menos longa de gran repercusión na vida do usuario: Cambian as súas rutinas e o seu modo de vida, polo que a súa sensibilidade increméntase.

Por iso, é importante que os hospitais orienten as súas prácticas comunicativas ás necesidades dos seus principais clientes, os usuarios. Os aspectos comunicativos e informativos forman parte do servizo que proporciona o hospital e poden supoñer o valor engadido no servizo ofertado.

As hipóteses das que partimos no presente estudo son bastante pesimistas. O seu plantexamento deriva da observación e da experiencia directa, así como dos aspectos lidos e recollidos no marco teórico desta investigación.

Para estruturar estas reflexións feitas *a priori*, agruparémolas por temas e desglosarémolas nunha serie de subhipóteses:

Bloque 1: A Comunicación Hospitalaria

Hipótese principal: O grao de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria en Galicia atópase máis avanzado no sector público ca no privado e caracterízase por:

Subhipóteses:

- A maioría dos hospitais públicos galegos dispón de Gabinete ou Departamento de Comunicación. Non así, no caso dos hospitais privados, que polo xeral teñen un menor tamaño.
- Os Gabinetes ou Departamentos de Comunicación existentes fundamentan o seu traballo na parte máis visible da súa actividade, a Comunicación Externa, e máis concretamente, nas relacións informativas cos medios.
- A Comunicación Hospitalaria Interna en Galicia aínda non se integra na estratexia comunicativa do Gabinete de Comunicación do Hospital.
- Os Gabinetes ou Departamentos de Comunicación non supervisan as tarefas de Comunicación ó Usuario, descoidando un dos públicos máis importantes do hospital.

Bloque 2: A Comunicación e Información ó Usuario Hospitalizado

Hipótese principal 1: O usuario non ve colmadas as súas expectativas de información ao longo do proceso de hospitalización.

Subhipóteses:

- O usuario bota en falta información de utilidade durante o ingreso hospitalario. Enténdese por “información de utilidade”, aquela referida aos aspectos prácticos para a vida no hospital.
- Aos usuarios non se lles está a entregar a guía de acollida do centro, nin a Carta de dereitos e deberes.
- O usuario desexa máis información por parte do médico da que está a recibir.
- Hai máis usuarios satisfeitos coa información médica, se esta está acompañada de determinados comportamentos comunicativos por parte dos facultativos.

Hipótese principal 2: Existen aspectos a mellorar no trato que recibe o usuario dos distintos profesionais que traballan no hospital.

Subhipóteses:

- *Sobre a relación entre o usuario e o persoal médico, sospeitamos que...*
O persoal médico non se interesa polas preocupacións e inquedanzas do usuario respecto da enfermidade.
O usuario percibe como insuficiente o tempo de visita do pase médico diario.
O persoal médico non mantén unha actitude próxima co usuario hospitalizado.
- *Sobre a relación entre o usuario e o persoal sanitario non médico, sospeitamos que...*
O persoal sanitario non médico non se presenta no primeiro encontro co usuario, indicándolle o seu nome e función no hospital.
Ao usuario resúltalle difícil distinguir qué tipo de persoal sanitario non médico o está atendendo.
O persoal sanitario non médico non lle explica ao usuario as actuacións que lle van realizar e os motivos.
- *Sobre a relación entre o usuario e o persoal non sanitario...*

O usuario non percibe amabilidade nos seus encontros co persoal non sanitario.

Bloque 3: Os documentos de información ao Paciente

Hipótese principal: Sostemos que os documentos de información ao Paciente non están correctamente orientados á comprensión do paciente, senón que:

Subhipóteses:

- Están cargados de terminoloxía médica.
- Visualmente están presentados de modo pouco claro.
- Son difíciles de comprender para unha persoa sen formación médica.

Estas foron as apreciacións de partida que nos propuxemos confirmar ou refutar ao longo do presente traballo.

O resultado final, non obstante, non pretende limitarse a avaliar o grao de satisfacción coa comunicación por parte do usuario hospitalizado, senón que busca a recollida da opinión dos usuarios para propoñer melloras no proceso de comunicación co paciente hospitalizado.

4. METODOLOXÍA.

4.1. INDICIOS.

Cando un leva a cabo un traballo de investigación, o grao de recepción que atopa e a actitude das entidades estudadas pode supoñer un importante indicio da situación na que se quere profundizar.

Neste sentido, a realización do presente traballo estivo dende os comezos salpicada de dificultades que poden ser consideradas anecdóticas, pero no fondo non deixan de ser un reflexo (unha punta de *iceberg*) do que posteriormente se explicará en maior detalle.

Vaia por diante que a doutoranda parte dunha situación de partida allea ó eido sanitario e ó hospitalario en particular. Polo tanto, nin os contactos, nin a experiencia profesional puideron contribuír ao desenvolvemento da parte práctica desta tese.

Tendo en conta isto, os inicios da investigación resultaron altamente dificultosos. Á hora de contactar cos hospitais, detectouse unha tendencia á opacidade, que implicaba mesmo a negativa da xerencia á resposta a unha simple chamada telefónica. A repetida explicación, “agora o xerente non a pode atender”, unha vez explicado o motivo da chamada, pon en palabras a actitude que se mantén dende os centros hospitalarios respecto daquilo que se sae da vertente exclusivamente asistencial.

Os e-mails non respostados² e as chamadas non contestadas son un indicador, un indicio de que os hospitais, a priori, non se senten aludidos cando se fala de comunicación. O “non dicir” implica dicir moito, unha lección básica da comunicación que aínda non debeu de callar nas actitudes das xerencias hospitalarias.

A insistencia continuada foi polo tanto a clave para poder levar a cabo este traballo, así como a posterior colaboración por parte das entidades públicas, obtida curiosamente grazas ao gabinete de comunicación da Consellaría de Sanidade-SERGAS e non das xerencias dos centros *motu proprio*.

² Realizouse un *mailing* ás xerencias dos quince hospitais galegos con maior número de camas (CHUS, CHUAC, CHUVI, CHOU, Complexo Hospitalario Xeral-Calde, CHOP, Povisa, Complexo Hospitalario Arquitecto-Marcide, Residencia San Rafael, Hospital Juan Cardona, Hospital Fátima, Instituto Médico-Cirúrxico San Rafael, Hospital da Costa, Hospital Comarcal de Monforte, Hospital USP Santa Teresa) con data 26/05/2008, que non respostou ningún.

Pormenorizadamente, explicaranse as etapas, a metodoloxía e as dificultades atopadas en cada caso, pero de partida, os indicios apuntaban a que o sector hospitalario constitúe un sector pechado, con escaso interese por relacionarse co exterior.

4.2. TÉCNICAS METODOLÓXICAS APLICADAS.

Tendo en conta que se trata de tres partes diferenciadas, de tres pequenas investigacións con hipóteses independentes entre si (e ao mesmo tempo relacionadas), os métodos empregados para comprobar e/ou refutar as hipóteses de partida son tamén diversos.

Desglosamos a metodoloxía, polo tanto, nos tres bloques pertinentes, e comentamos como se foi desenvolvendo o traballo en cada un deles:

Bloque 1: A Comunicación Hospitalaria

Obxectivo: Coñecer o grao de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria en Galicia.
--

Técnica de investigación: Cuestionario.
--

O obxectivo desta primeira parte da investigación consistía en coñecer o grao de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria en Galicia. Para iso, necesitabamos coñecer:

- Os hospitais que dispoñen de gabinete de comunicación, aqueles que carecen do mesmo e aqueles que teñen contratado o servizo a unha consultoría.
- Ubicación e funcións do gabinete de comunicación.

O universo de estudo desta investigación componse da totalidade de hospitais públicos e privados, existentes na actualidade na Comunidade Autónoma de Galicia. Co concepto de ***hospital*** referímonos a aqueles centros que, á marxe de aspectos ou características especiais de organización, funcionamento ou finalidade asistencial, están autorizados para actuar baixo dita denominación xenérica, sendo recoñecidos pola Consellería e polo Ministerio de Sanidade tendo en conta: 1) A súa capacidade de internamento e 2) A súa actividade investigadora.

Por outra banda, un hospital pode estar constituído por un único centro hospitalario ou por máis, que se organizan e integran nun complexo hospitalario. Os complexos hospitalarios considéranse e contabilízanse no presente traballo como un único hospital, aínda que para unha máis completa información, relaciónanse, no listado que segue, os hospitais que forman parte de cada complexo.

O noso universo e á vez mostra de estudo foi configurado a través do *Catálogo Nacional de Hospitales 2007 e 2008*, que publica o Ministerio de Sanidade, e polo *Catálogo de Hospitais de Galicia 2004, 2005 e 2006*³, que edita a Consellaría de Sanidade. Ademais, realizamos, de forma recorrente, unha actualización do censo de hospitais a través da Rede, até configurar o mapa co que se traballou, composto de 45 hospitais, dos cales 15 son públicos e 30, privados.

Por canto ao número de camas, os datos proceden do *Catálogo Nacional de Hospitales 2008*⁴, que considera como camas instaladas as de dotación fixa, ubicadas no hospital ou complexo hospitalario, sexan ou non utilizables.

Expoñemos de seguido as características máis importantes dos centros estudados:

HOSPITAIS PÚBLICOS					
Nome	Finalidade asistencial	Dependencia patrimonial ⁵	Dependencia Funcional ⁶	Provincia	Nº camas
1. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña Hospital “Abente y Lago” Hospital Universitario A Coruña Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera Sanatorio Marítimo de Oza	Xeral	Varias entidades públicas	SERGAS	A Coruña	1447
2. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela Hospital Clínico Universitario Hospital Médico-Cirúrxico de Conxo Hospital Gil Casares Hospital Psiquiátrico de Conxo	Xeral	Varias entidades públicas	SERGAS	A Coruña	1570
3. Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide – Nóvoa Santos Hospital Arquitecto Marcide Hospital Profesor Novoa Santos	Xeral	Seguridade Social	SERGAS	A Coruña	458

³ Publicado en 2007, constitúe o catálogo galego de hospitais máis actualizado.

⁴ Os datos coinciden cos do *Catálogo de Hospitais de Galicia 2006*.

⁵ Refírese á persoa física ou xurídica propietaria, cando menos, do inmovible ocupado polo centro sanitario.

⁶ Refírese ao organismo ou entidade xurídica de quen depende o centro, é dicir, á persoa física ou xurídica que xestiona o centro.

Capítulo IV: Comunicación e información ao usuario hospitalizado

4. Complexo Hospitalario Xeral-Calde Hospital de Calde Hospital Provincial de San José Hospital Xeral de Lugo	Xeral	Varias entidades públicas	SERGAS	Lugo	735
5. Complexo Hospitalario de Ourense Hospital Nosa Sra. do Cristal Hospital Psiquiátrico Cabaleiro Goás Hospital Santa María Nai Hospital Santo Cristo do Piñor	Xeral	Varias entidades públicas	SERGAS	Ourense	924
6. Complexo Hospitalario de Pontevedra Hospital Montecelo Hospital Provincial de Pontevedra	Xeral	Varias entidades públicas	SERGAS	Pontevedra	624
7. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo Complexo Hospitalario Xeral-Cíes Hospital Psiquiátrico Provincial Rebullón Hospital Xeral de Vigo Policlínico Cíes Hospital do Meixoeiro Hospital Nicolás Peña	Xeral	Varias entidades públicas	SERGAS	Pontevedra	1253
8. Hospital da Costa de Burela	Xeral	Seguridade Social	SERGAS	Lugo	140
9. Hospital Comarcal de Monforte	Xeral	Seguridade Social	SERGAS	Lugo	136
10. Hospital Comarcal de Valdeorras	Xeral	Seguridade Social	SERGAS	Ourense	94
11. Hospital de Verín	Xeral	Comunidade Autónoma	SERGAS	Ourense	79
12. Hospital Naval de Ferrol	Xeral	Ministerio de Defensa	SERGAS	A Coruña	85
13. Hospital Virxe da Xunqueira	Xeral	SERGAS	SERGAS	A Coruña	76
14. Hospital do Barbanza	Xeral	SERGAS	SERGAS	A Coruña	84
15. Hospital do Salnés	Xeral	SERGAS	SERGAS	Pontevedra	87

Táboa nº 86. Hospitais públicos de Galicia. Elaboración propia.

HOSPITAIS PRIVADOS					
PROVINCIA DA CORUÑA					
Nome	Finalidade Asistencial	Dependencia funcional	Dependencia patrimonial	Concerto co SERGAS en 2005	Nº Camas
1. Centro Médico Euroespes	Outros monográficos	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Non	39
2. Materno-Infantil Ntra. Sñra. De Belén	Materno-Infantil	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Non	44
3. Centro Oncolóxico de Galicia	Oncolóxico	Outro privado-benéfico	Outro privado-benéfico	Si	60
4. Instituto Médico-Quirúrgico San Rafael	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	141
5. Instituto Policlínico Santa Teresa	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	133
6. Sanatorio Neuropsiquiátrico Los Abetos	Psiquiátrico	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Non	25
7. Sanatorio Quirúrgico Modelo, S.A.	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	104
8. Hospital General Juan Cardona (Santo Hospital Caridade)	Xeral	Outro privado-benéfico	Outro privado-benéfico	Si	212
9. Hospital Policlínico La Rosaleta, S.A.	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	97
10. Sanatorio Ntra. Sra. de la Esperanza	Cirúrxico	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	48
11. Sanatorio Psiquiátrico La Robleda	Psiquiátrico	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Non	96
PROVINCIA DE LUGO					
12. Policlínico Lucense, S.A. (Polusa)	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	68
13. Sanatorio Nosa Sra. dos Ollos Grandes	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	45

14. Centro Rehabilitador San Rafael	Psiquiátrico	Deputación provincial	Deputación provincial	Non	200
PROVINCIA DE OURENSE					
15. Sanatorio Psiquiátrico Doctor Troncoso	Psiquiátrico	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	23
16. Cooperativa Sanitaria Gallega.- Cosaga	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	49
17. Centro Médico del Carmen, S.A.	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	49
PROVINCIA DE PONTEVEDRA					
18. Sanatorio Ntra. Sra. de la Merced, S.L.	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	49
19. Hospital Miguel Domínguez	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	120
20. Sanatorio Santa María, S.L.	Xeriatria	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	69
21. Centro Médico El Castro-Vigo, S.A.	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	52
22. Centro Médico Gallego, S.A (Clínica Fátima)	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	200
23. Centro Médico Pintado, S.L.	Materno-Infantil	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Non	12
24. Clínica Residencia El Pinar, S.L.	Psiquiátrico Psico-xeriátrico	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Non	74
25. FREMAP Mutua de Accidentes de Trabajo	Traumatoloxía e/ou Rehabilitación	Mutua de A.T. e E.P.	Mutua de A.T. e E.P.	Non	10
26. Hospital de la Cruz Roja	Xeriatria	Privado benéfico	Privado benéfico	Si	70
27. Policlínico Vigo, S.A. (POVISA)	Xeral	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Si	569
28. Sanatorio Concheiro-Raconsa, S.L.	Cirúrxico	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Non	40
29. Sanatorio del Magnolio, S.L.(Sanatorio Santa Cristina)	Cirúrxico	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Non	40

30. Sanatorio Psiquiátrico San José	Psiquiátrico	Privado non benéfico	Privado non benéfico	Non	48
--	--------------	-------------------------	-------------------------	-----	----

Táboa nº87. Hospitais privados de Galicia. Elaboración propia.

Como o universo de estudo era reducido (45 hospitais), converteuse automaticamente na mostra a estudar. Para levar a cabo esta parte da investigación, empregamos dous tipos de cuestionario:

- Un breve formulario de só catro preguntas, que enviamos por correo electrónico, para coñecer cantos hospitais dispoñían de gabinete de comunicación.
- Un cuestionario en profundidade para os gabinetes de comunicación dos hospitais que si contaban con dito departamento.

Explicamos, a continuación, os apartados dos que constaba cada unha das ferramentas empregadas.

Cuestionario 1. Sondaxe superficial.

Este primeiro cuestionario enviouse en tres datas: o 6 de Novembro de 2006, o 20 de Novembro de 2006 e o 12 de Decembro de 2006. Consta dos seguintes apartados:

1. ¿Existe no seu hospital un gabinete ou departamento de comunicación? Si / Non
2. ¿Qué nome recibe dito departamento? a) Gabinete de comunicación b) Dirección de comunicación c) Gabinete da prensa d) Relacións cos medios e) Outro _____ (especificar)
3. No caso de que haxa gabinete, ¿cántas persoas o compoñen? Total: __ N° Homes: __ N° Mulleres: __ Distingan por favor entre homes e mulleres
4. En caso de que non exista como tal, ¿hai alguén que desempeñe as súas funcións? a) Non, non o consideramos necesario b) Sí, ocúpase a/s mesma/s persoa/s de xeito ocasional c) Sí, ocúpase a/s mesma/s persoa/s con certa regularidade d) Sí, persoas distintas en contadas ocasións e) Sí, persoas distintas, pero con certa regularidade
5. ¿A qué departamento pertencen esa/s persoa/s? a) Xerencia b) Atención ó usuario / cliente c) Dirección Médica d) Outros: _____ (especificar)
6. ¿Qué actividades desempeña dito gabinete ou o persoal que ocupa as súas funcións? (As opcións non son excluíntes) a) Mandar notas de prensa b) Realizar un boletín de información ou revista interna c) Atender as solicitudes de información dos medios d) Realizar o dossier de prensa das noticias que falen do hospital e) Sinalética do centro f) Organización de eventos g) Intranet h) Outras: _____

Talros tres envíos realizados, a taxa de resposta global era dun 25,3%, polo que houbo que recorrer ó contacto telefónico.

Data de envío	Índice de resposta	Índice de erro	Total respostas acumulado
06/11/2006	4,9%	14,6%	4,9%
20/11/2006	13%	13%	18%
12/12/2006	7,3%	13%	25,3%

Táboa nº88. Índice de resposta ao cuestionario superficial. Elaboración propia.

Posteriormente, realizáronse dúas rondas de chamadas con datas:

- 18/12/2006: Ronda de chamadas aos hospitais restantes para coñecer se dispoñían de gabinete de comunicación ou non. En moitos casos, cabe sinalar que non coñecían os termos “gabinete de comunicación” e había que explicarlles en qué consistía para conseguir a información.

- 29/10/2008: Ronda de chamadas para verificar os datos obtidos dous anos antes.

Unha vez coñecido o estado da cuestión, quixemos achegarnos á actividade dos gabinetes de comunicación dos hospitais galegos, para o cal, pregámoslles que cubriran un segundo cuestionario.

Cuestionario 2: Sondaxe en profundidade

O cuestionario en profundidade só foi enviado ós gabinetes de comunicación de hospitais públicos e privados, que son un total de 8 (sete públicos e un privado), máis o gabinete da Consellería de Sanidade, que se ocupa á súa vez da comunicación dalgúns hospitais.

Dito cuestionario comprendía os seguintes apartados:

A) Os datos identificativos do Departamento de Comunicación:

DATOS IDENTIFICATIVOS	
Nome do Hospital:	Ano de creación do gabinete:
Nome do Gabinete:	
Nº persoas que integran o gabinete:	
O Gabinete depende xerarquicamente de...	
<input type="checkbox"/> Gabinete Consellería/SERGAS	<input type="checkbox"/> Xerencia do hospital <input type="checkbox"/> Recursos Humanos <input type="checkbox"/> Outro

B) A formación do persoal do Gabinete:

FORMACIÓN DOS TRABALLADORES DO GABINETE	
Nº Homes:	¿Cal é a súa formación? Licenciados en... (Especificar o número de homes)
<input type="checkbox"/> Xornalismo	<input type="checkbox"/> Publicidade <input type="checkbox"/> Comunicación Audiovisual <input type="checkbox"/> Outra
Teñen formación específica nos campos da Medicina e/ou da Saúde? (Especificar o número de homes)	
<input type="checkbox"/> Ningunha	<input type="checkbox"/> Master/Posgrao <input type="checkbox"/> Curso/Xornadas <input type="checkbox"/> Outra
Nº Mulleres:	¿Cal é a súa formación? Licenciadas en... (Especifique o número de mulleres)
<input type="checkbox"/> Xornalismo	<input type="checkbox"/> Publicidade <input type="checkbox"/> Comunicación Audiovisual <input type="checkbox"/> Outra
Teñen formación específica nos campos da Medicina e/ou da Saúde? (Especificar o número de mulleres)	
<input type="checkbox"/> Ningunha	<input type="checkbox"/> Master/Posgrao <input type="checkbox"/> Curso/Xornadas <input type="checkbox"/> Outra

C) As funcións do Gabinete respecto da Comunicación Externa, Interna e ao Usuario:

AS FUNCIÓNS DO GABINETE		
¿Cantas horas traballa o Gabinete de media por día?		
¿Cantas horas se adican por día a...		
..... Comunicación Externa Comunicación Interna Comunicación ó Usuario

De 0 a 10, sendo 0 o mínimo e 10 o máximo, indique a importancia do traballo do Gabinete respecto de...
Comunicación Externa <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Comunicación Interna <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Comunicación ó Usuario <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
O Gabinete dispón de Plan de Comunicación... <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Ao Usuario
Indique as funcións do Gabinete respecto da Comunicación Externa <input type="checkbox"/> Relacións cos medios de comunicación (notas e conferencias de prensa, demandas de información, etc.) <input type="checkbox"/> Relacións con outras institucións (ex. Concello, Universidade...) <input type="checkbox"/> Relacións con asociacións de pacientes <input type="checkbox"/> Actualización das informacións para a páxina web do hospital <input type="checkbox"/> Manual de imaxe corporativa <input type="checkbox"/> Organización de actos/ eventos <input type="checkbox"/> Mecenazgo <input type="checkbox"/> Inserción de publicidade nos medios <input type="checkbox"/> Outras: _____
Indique as funcións do Gabinete respecto da Comunicación Interna. <input type="checkbox"/> Planificación de xuntanzas informativas <input type="checkbox"/> Planificación de encontros informais entre o persoal <input type="checkbox"/> Actualización de contidos na Intranet <input type="checkbox"/> Formación en comunicación do persoal <input type="checkbox"/> Manual de acollida a novos profesionais <input type="checkbox"/> Taboleiro de anuncios <input type="checkbox"/> Caixa de suxestións para os públicos internos <input type="checkbox"/> Documentos internos: memoria de actividades, circulares... <input type="checkbox"/> Revista/Boletín interno <input type="checkbox"/> Outras: _____
Indique as funcións do Gabinete respecto da Comunicación ó Usuario... <input type="checkbox"/> Redacción de materiais de información xeral: guía de acollida, campañas preventivas, etc. <input type="checkbox"/> Redacción de materiais de información específica: formularios de Consentimento Informado, instrucións médicas, etc. <input type="checkbox"/> Supervisión dos puntos informativos do Hospital <input type="checkbox"/> Supervisión do Servizo de Atención ó Paciente <input type="checkbox"/> Supervisión da sinalética do centro <input type="checkbox"/> Revista/Boletín para pacientes <input type="checkbox"/> Outras: _____
Qué relación manteñen o Gabinete de Comunicación e o Servizo de Atención ó Paciente? <input type="checkbox"/> Ningunha. Funcionan como departamentos independentes. <input type="checkbox"/> O Servizo de Atención ó Paciente depende do Gabinete de Comunicación <input type="checkbox"/> O Servizo de Atención ó Paciente e o Gabinete de Comunicación comparten información <input type="checkbox"/> Outra _____

D) O Servizo de Atención ao Paciente e os Puntos Informativos do hospital

O SERVIZO DE ATENCIÓN AO PACIENTE
Nº oficinas do Servizo de Atención ao Paciente: ____
Nº Persoal do Servizo de Atención ao Paciente: ____
Dependencia xerárquica do Servizo: <input type="checkbox"/> Xerencia <input type="checkbox"/> Calidade <input type="checkbox"/> Recursos Humanos <input type="checkbox"/> Outra _____
Organigrama do Servizo:
Xefe/a do Servizo: <input type="checkbox"/> Médico/a <input type="checkbox"/> Enfermeiro/a <input type="checkbox"/> Administrativo/a <input type="checkbox"/> Outra _____
Nª traballadores do Servizo:
Homes: ____ Médicos ____ Enfermeiros ____ Administrativos ____ Celadores ____ Outra(_____)
Mulleres: ____ Médicas ____ Enfermeiras ____ Administrativas ____ Celadoras ____ Outra(_____)
PUNTOS INFORMATIVOS DO HOSPITAL
Nº de puntos informativos do Hospital: ____
Dependencia xerárquica: <input type="checkbox"/> Xerencia <input type="checkbox"/> SAP <input type="checkbox"/> Comunicación <input type="checkbox"/> Outra _____
Nª traballadores:
Homes: ____ Administrativos ____ Celadores ____ Outra(_____)
Mulleres: ____ Administrativas ____ Celadoras ____ Outra(_____)

Este cuestionario foi respondido polo 100% dos gabinetes de comunicación dos hospitais galegos (como dixemos, son 7 públicos, o da Consellería de Sanidade-SERGAS e un hospital privado⁷).

⁷ O Hospital USP Santa Teresa é o único hospital galego de titularidade privada que dispón de gabinete de comunicación.

Bloque 2: A Comunicación e Información ó Usuario Hospitalizado

Obxectivo: Coñecer as necesidades informativas e comunicativas dos usuarios ingresados.

Técnicas empregadas: - Cuestionario a usuarios hospitalizados

- Grupo de discusión con pacientes

Esta segunda parte da investigación tiña por obxecto coñecer a opinión dos usuarios sobre a información e comunicación mantida co persoal durante a súa hospitalización e detectar as súas demandas e carencias informativas.

2.1. Cuestionario aos usuarios hospitalizados

A técnica de investigación empregada foi o cuestionario, que se lle pasou a un total de 481 pacientes de seis complexos hospitalarios galegos, os de A Coruña, Santiago de Compostela, Pontevedra, Vigo, Lugo e Ourense. Escolléronse os principais complexos hospitalarios públicos por ser os que atenden a un maior volume de usuarios, que son o suxeito de estudo desta parte da investigación.

Para poder levar a cabo este traballo de campo, foi preciso solicitar os permisos correspondentes á Consellaría de Sanidade. A solicitude enviouse o 31 de Xuño de 2008 e foi respostada afirmativamente polo Secretario Xeral do Servizo Galego de Saúde o día 24 de setembro de 2008.

Tentando conseguir que fose o máis representativo posible, calculouse a mostra necesaria en base ás altas codificadas no conxunto de hospitais seleccionados no ano 2005⁸.

Ficha técnica	
Universo de estudo (Total de altas dos seis hospitais integrados na investigación)	193.008
Fórmula para o cálculo da mostra	$n = N / [e^2(N-1) + 1]$
Marxe de erro	5%
Enquisas totais necesarias	399,17 (400)

Táboa nº 89. Ficha técnica da investigación. Elaboración propia.

Posteriormente realizouse a afixación proporcional por hospital, pois non todos teñen a mesma actividade asistencial, de maneira que o número de usuarios a enquisar en cada hospital, quedou do seguinte modo.

⁸ Fonte: Memoria da Actividade Asistencial 2006, a máis recente publicada nese momento, da que se tomou o dato de altas codificadas validadas por hospitais.

Hospitais integrados no estudo	Altas validadas anuais (2005)	Afixación proporcional (Nº enquisas)
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)	45881	96
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)	36207	76
Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU)	28511	60
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI)	36802	77
Complexo Hospitalario de Pontevedra (CHOP)	21643	45
Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo	23964	50
Total	193008	404

Táboa nº 90. Distribución proporcional das enquisas realizadas. Elaboración propia.

Durante os meses de outubro de 2008 a xaneiro de 2009, tivo lugar o traballo de campo nos seis complexos hospitalarios galegos. O cuestionario foille entregado no día de alta ou en vésperas do mesmo (a criterio médico) a usuarios hospitalizados, englobando baixo tal concepto a pacientes e familiares de pacientes de todos os servizos hospitalarios agás unidades que consideramos tiñan unhas necesidades comunicativas especiais (Unidade de Coidados Intensivos, Psiquiatría, Urgencias ou Oncoloxía).

Entregábase o cuestionario, acompañado dunha folha explicativa sobre o estudo que estabamos a realizar, e recollíase unha hora despois, xa cumprimentado. Os servizos de enfermería dalgúns hospitais (A Coruña, Santiago, Pontevedra, Lugo e Ourense) axudaron en parte a realizar o reparto dos cuestionarios.

Complexo Hospitalario	Datas de inicio e fin	Enquisas cumprimentadas	Enquisas validadas
CHUAC	03/11/08 a 10/01/09	100	96
CHUS	27/10/08 a 20/01/09	96	76
CHOP	04/11/08 a 02/12/08	65	45
CHUVI	25/11/08 a 13/01/09	86	77
CHOU	02/12/08 a 31/01/09	67	60
Xeral-Calde	19/12/08 a 24/01/09	67	50
TOTAL		481	404

Táboa nº 91. Enquisas recollidas por hospital. Enquisas validadas.

Fonte: Elaboración propia.

A enquisa foi estruturada segundo o esquema proposto na parte teórica da presente tese, na que distinguíamos varios momentos: A comunicación e información proporcionada antes do ingreso; no momento do ingreso; durante a estadia; no momento da alta médica.

O cuestionario estaba conformado polos seguintes apartados⁹:

➤ **Datos da persoa enquisada:**

a) Datos persoais

- Rol: Paciente ingresado/a/ Familiar/acompañante do/a paciente / Titor legal do/a paciente
- Xénero: Home / Muller
- Idade
- Estudos realizados: Sen estudos/ Primaria/ Graduado/ Bacharelato/ Formación Profesional/ Diplomado-a/ Licenciado-a
- Concello no que reside

b) Datos do ingreso

- É o seu primeiro ingreso nun hospital?
- Canto tempo leva ingresado?
- Ingresou por Urxencias?

➤ **Valoración numérica global (de 0 a 10) da súa satisfacción con:**

- Estadia no hospital
- Comunicación mantida co persoal do hospital

➤ **Información proporcionada antes do ingreso**

- Antelación do aviso
- Tipo de información proporcionada
- Información botada en falta

➤ **Información e trato proporcionado no momento do ingreso**

- Calidade da acollida
- Tipo de información proporcionada
- Información botada en falta
- Valoración da sinalética do hospital

➤ **Información e trato proporcionado durante a estadia por**

⁹ Consultar o cuestionario empregado no Anexo 3.

- Médico encargado do seu caso
- Profesionais sanitarios non médicos
- Outros profesionais

➤ **Datos de alta**

- Tempo de antelación no aviso de alta

2.2. Grupo de discusión

Para complementar esta fase da investigación, tivo lugar un grupo de discusión con pacientes e familiares de pacientes, que se celebrou o 11 de Novembro de 2008 de 11.00 a 12.30 horas nunha sala do Hospital Clínico Universitario de Santiago.

En dito grupo de discusión participaron cinco persoas, que debateron arredor dos seguintes temas:

- ☐ A comunicación do diagnóstico médico.
- ☐ A relación médico-paciente hospitalizado.
- ☐ Información proporcionada durante o proceso de hospitalización e información necesaria.
- ☐ Información no momento da alta hospitalaria.

Posteriormente, realizouse a transcripción da conversa mantida e analizáronse as unidades de significado das que constaba o discurso transcrito.

As reflexións recollidas grazas ao grupo de discusión empregáronse para dar unha visión cualitativa dos datos cuantitativos colleitados co cuestionario.

Bloque 3: Os documentos de información ao Paciente

Obxectivos: Coñecer o grao de comprensión dos documentos de información ao paciente.

Técnicas empregadas: - Análise de contido e da presentación.

- Testeo posterior en tres grupos de discusión.

Non só se proporciona información ao paciente de forma falada, senón tamén por escrito. O obxecto de estudo desta última parte do traballo consistiu no deseño dunha ficha de análise de documentos hospitalarios dirixidos ao paciente, a través da que se analizou o grao de claridade e/ou complexidade de documentos empregados nos distintos hospitais de Galicia.

3.1. Análise de contido e da presentación.

A ficha de análise elaborouse a partir das recomendacións para unha escrita clara, comprensible e lexible recollidas na parte teórica¹⁰. Consta dos seguintes apartados:

Documento do Hospital:
A) PRESENTACIÓN VISUAL/ DESEÑO DO DOCUMENTO
1. Usos tipográficos
1.1. Maiúsculas: <input type="checkbox"/> Todo o texto <input type="checkbox"/> Títulos <input type="checkbox"/> Palabras/Frases destacadas <input type="checkbox"/> Nada
1.2. Negriñas: <input type="checkbox"/> Todo o texto <input type="checkbox"/> Títulos <input type="checkbox"/> Palabras/Frases destacadas <input type="checkbox"/> Nada
1.3. Cursivas: <input type="checkbox"/> Todo o texto <input type="checkbox"/> Títulos <input type="checkbox"/> Palabras/Frases destacadas <input type="checkbox"/> Nada
1.4. Tipografía: <input type="checkbox"/> Pao seco <input type="checkbox"/> Con serifas
2. Aparece o logo do hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
3. Uso da Cor: <input type="checkbox"/> Monocromía () <input type="checkbox"/> Policromía
Función da Cor: <input type="checkbox"/> Xerarquiza a información <input type="checkbox"/> Uso corporativo <input type="checkbox"/> Outra _____
4. Superficie de papel: <input type="checkbox"/> Páxina <input type="checkbox"/> Cuartilla <input type="checkbox"/> Folio <input type="checkbox"/> Outra _____
5. Recursos visuais: <input type="checkbox"/> Viñetas/ Guións <input type="checkbox"/> Símbolos <input type="checkbox"/> Recadros <input type="checkbox"/> Debuxos <input type="checkbox"/> Nada
<input type="checkbox"/> Numeración <input type="checkbox"/> Epígrafes <input type="checkbox"/> Outros _____
6. Epígrafes
<input type="checkbox"/> Redundantes () <input type="checkbox"/> Ausentes () <input type="checkbox"/> Prescindibles () <input type="checkbox"/> Mal situados ()
7. Distribución espacial do texto:
<input type="checkbox"/> Separación marcada entre parágrafos
<input type="checkbox"/> Marxes amplas
8. Require ser cuberto a man? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
9. Lingua? <input type="checkbox"/> Galego <input type="checkbox"/> Castelán <input type="checkbox"/> Ambas

¹⁰ Consultar os Apartados 2 e 8, do Capítulo 3.

10. Presentación: <input type="checkbox"/> Fotocopia <input type="checkbox"/> Impreso de orixinal
B) O CONTIDO
1. Denominación: <input type="checkbox"/> Protocolo/ <input type="checkbox"/> Instrucións/ <input type="checkbox"/> Recomendacións/ <input type="checkbox"/> Normas y precauciones/ <input type="checkbox"/> Documento de alta/ <input type="checkbox"/> Outra _____
2. Os parágrafos (Nº ____) <input type="checkbox"/> 1 Idea principal por parágrafo <input type="checkbox"/> Máis de 1 idea principal por parágrafo <input type="checkbox"/> Máis de 6 liñas <input type="checkbox"/> 6 liñas ou menos Nº ____ <input type="checkbox"/> Uso de parágrafos-frase Nº ____
3. As palabras Termos complexos/ técnicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non Nº ____ Nº total de palabras: ____ Siglas/ Acrónimos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non Nº ____ Eufemismos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non Nº ____ Parénteses/Incisos/ acotacións <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non Nº ____
4. As oracións Nº de palabras por oración <input type="checkbox"/> 25 ou menos <input type="checkbox"/> 26-30 <input type="checkbox"/> máis de 30 Nº oracións subordinadas: ____ Nº total de oracións: ____ Nº Estruturas SUX + VBO + PREDICADO: ____ Circunloquios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non Nº ____
5. Incorreccións <input type="checkbox"/> Lingüísticas / <input type="checkbox"/> Gramaticais / <input type="checkbox"/> Puntuación
6. Erratas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
7. Tratamento de xénero: <input type="checkbox"/> Respectuoso <input type="checkbox"/> Irrespectuoso <input type="checkbox"/> Descoidado

3.2. Análise da lexibilidade.

Ademais desta análise, testeouse a súa lexibilidade con persoas de distintas idades e niveis educativos. Concretamente, sete documentos de consentimento informado foron analizados por trinta persoas, en tres grupos de discusión, nos que aparece representada proporcionalmente a pirámide demográfica galega¹¹. Ademais, ao escoller tres lugares xeográficos distintos (Santiago de Compostela, Lugo e Rianxo), os perfís de rural e urbano, de zona interior e costeira, aparecen tamén representados.

En total, participaron:

¹¹ Segundo datos do Instituto Galego de Estatística (IGE) correspondentes a 2008.

Grupo de discusión	
Lugar	Composición
Lugo	5H 5 M ¹²
Santiago de Compostela	4H 6 M
Rianxo	5H 5 M
Total	30

Táboa nº 92. Composición dos grupos de discusión de testeo de documentos.
Elaboración propia.

Como ferramenta de traballo, deseñouse un test de preguntas de comprensión de sete documentos de consentimento informado distintos. Os criterios empregados na escolla destes documentos foron:

1. Son documentos recollidos en hospitais distintos.
2. Son documentos de consentimento sobre procedementos médicos frecuentes e variados.
3. Son documentos que afectan a persoas de características sociodemográficas distintas: nenos, mulleres, persoas maiores e adultos:
 - ☐ Hidrocefalia: Nenos
 - ☐ Histerectomía: Mulleres
 - ☐ Dexeneración macular asociada á idade: Persoas maiores
 - ☐ Cirurxía transfenoidal: Adultos
4. Son documentos que, a simple vista, incumprían as recomendacións consideradas sobre presentación e redacción deste tipo de textos.

O primeiro bloque de preguntas eran preguntas de comprensión do texto: comprensión lectora e de vocabulario¹³.

O segundo bloque de preguntas tiña como obxectivo coñecer as preferencias dos usuarios por canto a tres documentos de consentimento sobre o mesmo procedemento (endoscopia dixestiva alta), pero redactados e presentados de modo distinto. Pedíaselle que puntuasen o grao de comprensión, a claridade no deseño e o atractivo de cada un deles.

¹² En Homes (H) e Mulleres (M).

¹³ Consultar o cuestionario empregado no Anexo 3.

5. RESULTADOS. CONCLUSIÓN INICIAIS.

Cada unha das partes da investigación, que partían de hipóteses distintas e nas que se empregaron metodoloxías tamén diversas, deron lugar a algunhas respostas ás preguntas iniciais que agora procedemos a expoñer.

Os resultados estruturaránse nos tres bloques que plantexamos ao inicio do traballo: Comunicación Hospitalaria, Comunicación e Información ao Usuario Hospitalizado e Documentos hospitalarios de información ao usuario.

Bloque 1: A Comunicación Hospitalaria en Galicia

¿Cal é a situación comunicativa dos hospitais galegos? ¿En qué estadio de desenvolvemento se atopa a Comunicación Hospitalaria en Galicia? ¿Existen diferencias entre os hospitais públicos e os privados? ¿Entre os de maior ou menor tamaño?

Estas son algunhas das preguntas iniciais que cabe facerse ao abordar a primeira parte desta investigación. No desenvolvemento teórico, comentabamos que existían diversas posibilidades de toma de conciencia da importancia da comunicación no sector e no seu nivel de implementación, en función, entre outros factores, da existencia dun departamento propio adicado ao seu deseño, planificación e xestión.

Concretamente, realizabamos unha clasificación en función dos criterios seguintes:

Nivel de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria	Departamento encargado da comunicación	Integración na Institución	Profesionalidade	Actitude	Papel estratéxico da Comunicación
Avanzado	Gabinete de Comunicación	Alta	Alta	Proactiva/ Reactiva	Si
Inicial	Asesoría / Gabinete de Comunicación Externo	Baixa	Alta	Proactiva/ Reactiva	Non
Latente	Outro Departamento	Alta	Baixa	Reactiva	Non
Nulo	Ningún Departamento	-	-	Nula	Non

Táboa nº 93. Graos de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria. Elaboración propia.

A nosa hipótese principal de partida indicaba que o grao de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria en Galicia atópase máis avanzado no sector público ca no privado. Aínda que non existen estudos a nivel doutras comunidades autónomas nin a nivel de España a este respecto, dita hipótese de partida baséase en traballos anteriores sobre gabinetes de comunicación que indican que (García Orosa, 2005; Almansa Martínez, 2006; Fernández Souto, 2005):

- A maioría das institucións do sector público conta cun departamento estable de comunicación ou alomenos de relacións cos medios.

- Pola contra, as PYMES polo xeral, descoñecen formalmente a actividade dos gabinetes de comunicación e carecen de dita estrutura no seu organigrama.
- Maioritariamente, os departamentos de comunicación aínda son concibidos como departamentos de prensa, é dicir, basean a súa actividade na relación coa prensa.

As nosas subhipóteses de partida eran, pois, as seguintes:

- A maioría dos hospitais públicos galegos dispón de Gabinete ou Departamento de Comunicación. Non así, no caso dos hospitais privados, que polo xeral teñen un menor tamaño (son pequena ou mediana empresa).
- Os Gabinetes ou Departamentos de Comunicación existentes fundamentan o seu traballo na parte máis visible da súa actividade, a Comunicación Externa, e máis concretamente, nas relacións informativas cos medios.
- A Comunicación Hospitalaria Interna en Galicia aínda non se integra na estratexia comunicativa do Gabinete de Comunicación do Hospital.
- Os Gabinetes ou Departamentos de Comunicación non supervisan as tarefas de Comunicación ó Usuario, descoidando un dos públicos máis importantes do hospital.

A análise dos datos farémola, en principio, tratando por separado o sector público e o privado, pois as diferenzas son substanciais, para logo realizar unha visión de conxunto.

1.1. A Comunicación Hospitalaria na rede pública galega

1.1.1. Departamentos de comunicación internos aos hospitais públicos. Características e funcións.

Dos 15 hospitais e complexos hospitalarios públicos que existen en Galicia, un total de 6, todos eles complexos hospitalarios, dispoñen de gabinete de comunicación interno, é dicir, dispoñen dun departamento de comunicación ubicado nas súas instalacións: O Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), o de Santiago de Compostela (CHUS), o Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide - Nóvoa Santos, o Complexo Hospitalario de Pontevedra (CHOP), o Complexo Hospitalario de Vigo (CHUVI) e o Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU).

Todos eles reúnen as seguintes características:

- Son complexos hospitalarios e como tales agrupan varios hospitais distintos e con distintas especialidades.
- Todos son de nivel 3 en adiante, pois teñen máis de 250 camas. Concretamente, tres son de nivel 1, pois teñen máis de 1000 camas; dous son de nivel 2, entre 500 e 1000 camas, e un é de nivel 3, pois ten menos de 500.
- Todos teñen un amplo número de empregados que vai dos 1500 do Arquitecto-Marcide, o máis pequeno, aos máis de 5000 do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo¹⁴.

Hospitais públicos con Gabinete de Comunicación		
Nome	Numero Empregados	Numero Camas
Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide	1526	458
Complexo Hospitalario Ourense	3239	924
Complexo Hospitalario Pontevedra	2667	624
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña	4818	1447
Complexo Hospitalario Universitario Santiago	4866	1570
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo	5258	1253

Táboa nº 94. Número de camas e de empregados dos complexos hospitalarios galegos con departamento de comunicación interno. Fonte: SERGAS. Elaboración propia.

O único complexo hospitalario que carece de gabinete de comunicación como departamento ubicado en dependencias hospitalarias é o Complexo Xeral-Calde de Lugo, que ten unha persoa no

¹⁴ Datos disponibles na páxina web do SERGAS: <http://www.sergas.es>

cadro de persoal do hospital, a cal foi trasladada á Dirección Provincial do SERGAS en Lugo¹⁵, de maneira que atende a comunicación dos tres hospitais públicos da provincia luguesa (Complexo Hospitalario Xeral-Calde, Hospital da Costa e Hospital Comarcal de Monforte), da dirección provincial do SERGAS e da Xerencia de Atención Primaria nesa provincia.

Cabe matizar ao anteriormente exposto, que o gabinete de comunicación do Complexo Hospitalario de Pontevedra está externalizado a unha empresa, pero dito servizo se presta dende un departamento do hospital, co que, con independencia de que se trata dun tipo de contratación externa, a actividade vén ser similar á dos outros gabinetes de comunicación integrados polo persoal do SERGAS.

Por antigüidade, o departamento de comunicación do Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña é o máis lonxevo, mentres que o departamento do Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide - Nóvoa Santos é de recente creación (setembro de 2008).

1988	1992	1993 ¹⁶	1994 ¹⁷	1999 ¹⁸	2007	2008
Gabinete de Comunicación do Complexo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)	Gabinete de Comunicación do Complexo Hospitalario Universitario Vigo (CHUVI)	Gabinete de Comunicación da Dirección Provincial do SERGAS en Ourense (CHOU)	Gabinete de comunicación da Dirección Provincial do SERGAS en Lugo (Xeral-Calde*)	Gabinete de Comunicación do Complexo Hospitalario Universitario Santiago (CHUS)	Gabinete de Comunicación do Complexo Hospitalario Pontevedra (Consultoría) (CHOP)	Gabinete de Comunicación do Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide-Nóvoa Santos (Arquitecto Marcide)

Táboa n.º 95. Ano de creación dos gabinetes de comunicación dos hospitais galegos. Elaboración propia.

¹⁵ Os datos que se expoñen neste apartado e as conclusións que derivan deles foron actualizados a marzo de 2009. Tralas eleccións autonómicas e o cambio de goberno, a nova Consellería de Sanidade aproba o Decreto 310/2009, do 28 de maio, que modifica a estrutura da Consellería e do SERGAS, pero que aínda non se comezou a aplicar. Polo tanto, debe terse en conta que, no momento de entrega desta tese, o SERGAS estruturábase en catro direccións provinciais (unha por provincia) e a Consellería de Sanidade en catro delegacións territoriais (asimesmo unha por provincia). Non obstante, debemos aclarar que, a setembro de 2009, a organización e situación comunicativa que se describe neste traballo mantense plenamente actualizada.

¹⁶ En 1996, incorpórase a persoa do equipo de comunicación que traballa dende dentro do hospital.

¹⁷ Inclúese o gabinete da Dirección Provincial do SERGAS en Lugo porque a creación da praza corresponde en realidade ao cadro de persoal do Hospital Xeral-Calde e, posteriormente, non se creou ningún departamento interno. No caso de Ourense, acontece algo semellante: Aínda que tres anos despois, en 1996, comeza a traballar unha persoa de Comunicación nas dependencias do hospital, escolleuse a data de creación do gabinete da Dirección Provincial porque dende ese ano o gabinete comeza a ocuparse da comunicación do CHOU.

¹⁸ Segundo atopamos en Pereira (2006), dende o ano 1989, algunhas persoas pertencentes polo xeral ao departamento de Xerencia ocupábanse da Comunicación Externa do Hospital Xeral (non existía o complexo hospitalario como hoxe o coñecemos), aínda que no seu contrato non figuraban esas funcións.

Por canto aos recursos humanos dos gabinetes, oscilan entre unha e dúas persoas e, por canto á formación, a gran maioría son licenciados en Periodismo.

Gabinete de Comunicación	RR.HH. ¹⁹	Formación
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña	1H 1M	Relacións Públicas Periodismo
Complejo Hospitalario Universitario Santiago	2M	Periodismo
Complejo Hospitalario Universitario Vigo	2M	Periodismo e Logopedia
Complejo Hospitalario Pontevedra	1M	Periodismo
Complejo Hospitalario Ourense	1H 1 M	Periodismo Periodismo
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide	1M	Periodismo
Complejo Hospitalario Xeral-Calde	1M	Periodismo
Total	9M + 2H	9 Periodismo 1 Relacións Públicas 1 Outros

Táboa nº6. Recursos Humanos dos gabinetes de comunicación dos hospitais galegos a marzo de 2009.
Elaboración propia.

No referente ás súas **funcións**, imos realizar a súa análise agrupando os departamentos por semellanzas en tres grandes grupos:

- 1) CHUVI e CHOU: Gabinete externo e interno
- 2) CHUAC e CHUS: Gabinete interno bipersoal
- 3) Arquitecto-Marcide e CHOP: Gabinete interno unipersoal

¹⁹ En Homes (H) e Mulleres (M).

1) CHUVI e CHOU: Gabinete externo e interno

Entre o departamento de comunicación do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo e o de Ourense existen destacables paralelismos, que nos permiten agrupalos nunha categoría para analízalos conxuntamente:

- Nos Complexos Hospitalarios de Vigo e Ourense, unha das persoas do gabinete traballa dentro do hospital, pero a outra está ubicada fisicamente na Dirección Provincial do Sergas na provincia correspondente.
- Ademais, no caso da xornalista ubicada na Dirección Provincial de Ourense, a súa actividade conleva ocuparse da comunicación externa doutras entidades hospitalarias, ademais do propio CHOU:
 - O Hospital de Verín (sito na localidade de Verín, provincia de Ourense).
 - O Hospital Comarcal de Valdeorras (sito na localidade de O Barco de Valdeorras, provincia de Ourense).
 - Xerencia de Atención Primaria de Ourense.
 - A Dirección Provincial do Sergas na provincia de Ourense.
 - A Delegación Provincial da Consellería de Sanidade en Ourense.
- No caso da xornalista ubicada na Dirección Provincial do SERGAS en Pontevedra, a súa actividade conleva ocuparse da comunicación externa do CHUVI e das seguintes entidades:
 - A Dirección Provincial do Sergas na provincia de Pontevedra.
 - Xerencia de Atención Primaria en Vigo.
 - A Delegación Provincial da Consellería de Sanidade en Pontevedra en determinadas ocasións²⁰.
- Esta “múltiple ocupación” das persoas encargadas da comunicación externa dos Complexos Hospitalarios reflíctese, en certa medida, na denominación do Gabinete:
 - A persoa que se ocupa da Comunicación Externa do CHUVI asina as notas e convocatorias –actividades que lle corresponden en exclusiva- co nome de “Gabinete de Comunicación. Dirección Provincial do SERGAS en Pontevedra”. A persoa que está no

²⁰ Existe un xornalista ocupado da comunicación da Delegación Provincial da Consellería de Sanidade en Pontevedra, non obstante, en determinadas ocasións pode acontecer que se ocupe da Comunicación Externa dalgunha actuación que se produza no sur da provincia (área de Vigo).

departamento interno (situado nas instalacións do hospital) considera que o departamento se chama: “RRPP e Comunicación”.

-En Ourense, ocorre algo parecido: A persoa que envía as notas e convocatorias asina como “Gabinete de Comunicación da Dirección Provincial do SERGAS en Ourense”. Quen se ocupa da comunicación interna denomínoa simplemente “Gabinete de Comunicación”.

- Dada a división de funcións entre os ámbitos de comunicación externa e interna, as demandas de información dos xornalistas diríxense normalmente a quen está fora (quen lles envía as notas de prensa), pero a persoa de dentro é quen localiza as fontes (médicos e outras) que van dialogar cos xornalistas. Isto implica unha necesaria coordinación entre ambas persoas no exercicio do seu traballo diario.
- Por canto ás súas funcións nas distintas vertentes comunicativas, atopamos:

A) Enmarcadas como parte da Comunicación Externa, as funcións de ambos gabinetes son semellantes:

CHUVI	Funcións	CHOU
X	Relacións cos medios de comunicación	X
X	Relacións con outras institucións	X
	Relacións con asociacións de pacientes	X
X	Actualización das informacións da páxina web do hospital	X
X	Manual de imaxe corporativa	X
X	Organización de actos/ eventos	X
	Inserción de publicidade	

Táboa nº 97. Funcións de Comunicación Externa dos Gabinetes de Comunicación de CHUVI e CHOU.
Elaboración propia.

B) Como parte das funcións de Comunicación Interna, existen diferencias respecto da formación en comunicación do persoal, da planificación de encontros informais e da elaboración dunha revista ou boletín interno:

CHUVI	Funcións	CHOU
X	Planificación de xuntanzas informativas	X
X	Planificación de encontros informais	
X	Actualización de contidos na Intranet	X
X	Formación en comunicación do persoal	
X	Manual de acollida a novos profesionais	X
X	Taboleiro de anuncios	X
X	Caixa de suxestións	X
X	Documentos internos	X
	Revista/Boletín interno	X

Táboa nº 98. Funcións de Comunicación Interna dos Gabinetes de Comunicación de CHUVI e CHOU.
Elaboración propia.

- C) Como principais funcións de Comunicación ao Usuario, non atopamos ningunha diferenza:

CHUVI	Funcións	CHOU
X	Redacción de materiais de información xeral: guía de acollida, campañas preventivas, etc.	X
	Redacción de materiais de información específica: formularios de Consentimento Informado, instrucións médicas, etc.	
X	Supervisión dos puntos informativos do Hospital.	X
	Supervisión do Servizo de Atención ó Paciente	
X	Supervisión da sinalética do centro	X
	Revista/Boletín para pacientes	

Táboa nº 99. Funcións de Comunicación ao Usuario dos Gabinetes de Comunicación de CHUVI e CHOU.
Elaboración propia.

- Respecto das horas de traballo en Comunicación Externa, Interna e ao Usuario, resulta difícil asignar un reparto horario posto que as funcións de Comunicación Externa e Comunicación Interna realízanlas dúas persoas distintas.

A responsable da Comunicación Externa do CHUVI, que ademais leva a Comunicación Externa das outras entidades xa indicadas, reconece que o 70% do seu tempo de traballo o adica á comunicación externa do hospital vigués.

A responsable de Comunicación Externa do CHOU coincide tamén en que máis da metade do seu tempo de traballo o adica á comunicación externa do hospital da capital ourensá.

En Comunicación interna, inviste 7 horas diarias o xornalista ubicado no CHOU e 4, a persoa instalada no CHUVI.

A Comunicación ao Usuario resulta aquela que menos tempo de traballo lle esixe ao Gabinete. Unha hora por día afirma adicarlle a persoa do CHOU e a persoa que se atopa no CHUVI inclúea dentro das 4 horas de Comunicación Interna.

- En importancia, para as persoas que se ocupan da Comunicación Externa esta é a actividade máis importante do Gabinete, en boa lóxica, a Interna para quen traballa dende dentro do hospital. A importancia da comunicación ao usuario e, a pesar do escaso tempo que se reconece se lle dedica, recibe un 8 en importancia en ambos os dous casos.
- As responsables dos Gabinetes do CHUVI e do CHOU recoñecen que non contan con Plan de Comunicación, nin externo, nin interno, nin ao usuario.
- Respecto da relación entre o gabinete de comunicación e os puntos informativos do hospital, no caso do CHOU son un total de 4, os cales dependen do Servizo de Atención ao Paciente que, á súa vez, depende da Xerencia do hospital.
- No caso do CHUVI, os puntos informativos (un total de 5) dependen do Gabinete de Comunicación, mentres que o SAP depende igualmente de Xerencia.
- En ambos os casos, o Gabinete de Comunicación e o Servizo de Atención ó Paciente manteñen unha relación independente orgánica e funcionalmente aínda que baseada en compartir información.

2) CHUAC e CHUS: Gabinete interno bipersoal

O CHUAC e o CHUS constitúen Complexos Hospitalarios que dispoñen de gabinete de comunicación interno no que traballan dúas persoas, realizando ambas conxuntamente as actividades de Comunicación Externa e de Comunicación Interna. Son os dous casos nos que o gabinete, de partida, está nunha mellor situación para a xestión da comunicación do complexo hospitalario por canto a:

- A súa ubicación: Ambos están integrados nas instalacións do Complexo Hospitalario. No caso do CHUAC, o gabinete está situado na sexta planta do Hotel de Pacientes; no caso do CHUS, o gabinete sitúase na planta baixa do Hospital Clínico Universitario.
- A dotación de recursos humanos para unha única entidade: Dúas persoas que traballan conxuntamente na mesma actividade e para unha única entidade.

En relación coa súa denominación, no caso do CHUS o nome oficial é o de “Gabinete de Comunicación e Imaxe do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela” e no caso do CHUAC é o de “Gabinete de Comunicación do Complexo Hospitalario Universitario A Coruña”²¹.

Se nos detemos nas funcións que levan a cabo, podemos observar as seguintes converxencias:

- A) Comunicación Externa. As funcións de Comunicación Externa son semellantes nun e noutro caso e baséanse nas relacións cos distintos públicos externos do hospital.

²¹ Cabe sinalar que a finais de 2008, estando a Consellería de Sanidade gobernada polo Partido Socialista de Galicia, tivo lugar un cambio na denominación do Complexo Hospitalario ao que antes se lle chamaba Complexo Hospitalario Juan Canalejo, e que, por motivos relacionados coa memoria histórica (Juan Canalejo foi un coñecido xefe da falanxe na Coruña), pasou a denominarse Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

CHUAC	Funcións	CHUS
X	Relacións cos medios de comunicación	X
X	Relacións con outras institucións	X
X	Relacións con asociacións de pacientes	X
X	Actualización das informacións da páxina web do hospital	X
X	Manual de imaxe corporativa	
X	Organización de actos/ eventos	X
	Inserción de publicidade	

Táboa nº 100. Funcións de Comunicación Externa dos Gabinetes de Comunicación de CHUAC e CHUS. Elaboración propia.

- B) Comunicación Interna. No caso da comunicación interna, as diferencias comparecen na formación en comunicación do persoal, na planificación de xuntanzas informativas e no mantemento dos taboleiros de anuncios.

CHUAC	Funcións	CHUS
X	Planificación de xuntanzas informativas	
X	Planificación de encontros informais	X
X	Actualización de contidos na Intranet	X
X	Formación en comunicación do persoal	
X	Manual de acollida a novos profesionais	X
X	Taboleiro de anuncios	
	Caixa de suxestións	
X	Documentos internos	X
X	Revista/Boletín interno	X

Táboa nº 101. Funcións de Comunicación Interna dos Gabinetes de Comunicación de CHUAC e CHUS. Elaboración propia.

- C) Comunicación ao Usuario. Respecto da Comunicación ao usuario, a principal diferenza radica en que o gabinete do CHUS non supervisa os puntos informativos do hospital.

CHUAC	Funcións	CHUS
X	Redacción de materiais de información xeral: guía de acollida, campañas preventivas, etc.	X
	Redacción de materiais de información específica: formularios de Consentimento Informado, instrucións médicas, etc.	
X	Supervisión dos puntos informativos do Hospital.	
	Supervisión do Servizo de Atención ó Paciente	
X	Supervisión da sinalética do centro	X
	Revista/Boletín para pacientes	

Táboa nº 102. Funcións de Comunicación ao Usuario dos Gabinetes de Comunicación de CHUAC e CHUS. Elaboración propia.

- Respecto da importancia do traballo do gabinete en Comunicación Externa e Comunicación Interna, o Gabinete do CHUAC outórgalle a nota máis alta (un 9) á Comunicación Externa, un notable (un 8) á Comunicación Interna e un aprobado (un 6) á Comunicación ao Usuario. O Gabinete do CHUS ubica a importancia do seu traballo na máxima medida (un 10) nos dous primeiros casos e opta por non puntuar a Comunicación ao usuario porque considera que non forma parte das súas competencias.
- Por canto á planificación da comunicación, no caso do CHUAC existe un plan de comunicación que contempla a comunicación externa e interna e, dentro desta, a comunicación co usuario ingresado no hospital. No caso do CHUS, existe un plan de comunicación interna, no que o usuario dos servizos do hospital non comparece como público interno da institución.
- Respecto dos puntos informativos dos Complexos Hospitalarios, no caso do CHUAC existen dúas oficinas do Servizo de Atención ao Paciente e un total de nove puntos informativos. Ambos dependen de Xerencia.

No caso do CHUS, existen tamén dúas oficinas do Servizo de Atención ao Paciente, que dependen de Xerencia, mentres que no caso dos puntos informativos do hospital, existe un total de cinco no complexo, pero o gabinete afirma que descoñece de quen dependen xerarquicamente.

- Por canto á relación entre os Servizos de Atención ao Paciente e os Departamentos de Comunicación, segundo o Gabinete do CHUAC comparten información cando é preciso e segundo o Gabinete do CHUS coordínanse puntualmente en determinados momentos.

3) Arquitecto-Marcide e CHOP: Gabinete interno unipersoal

O Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide - Nóvoa Santos conta cun gabinete de comunicación dende setembro de 2008. Unha xornalista é quen se ocupa da comunicación do complexo hospitalario, así como da comunicación da xerencia de Atención Primaria e do Hospital da Defensa de Ferrol. Por este motivo, a súa denominación é a de “Gabinete de comunicación da área sanitaria de Ferrol”. O seu emprazamento está, non obstante no complexo hospitalario ferrolán.

No caso do Complexo Hospitalario de Pontevedra, hai unha persoa que se ocupa da comunicación do complexo, que non pertence ao cadro de persoal do hospital, senón que o servizo está contratado a unha consultoría privada. Aínda así, o seu emprazamento e a totalidade da súa xornada laboral desenvólvense nas instalacións do Complexo Hospitalario pontevedrés. Por ese motivo, considera que o gabinete se denomina “Comunicación Corporativa”.

No caso do Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide-Nóvoa Santos, a comunicación externa é a prioridade do gabinete e a esta actividade se adica o 70% do traballo do gabinete; o 30% restante é para Comunicación Interna, onde se inclúe a comunicación ao usuario. Así se reflicte tamén na nota que se lle dá á importancia do traballo do gabinete respecto de: Comunicación Externa (que recibe un 10, a máxima puntuación); Comunicación Interna (un 5) e Comunicación ao usuario (un 4). Hai que ter en conta, á hora de valoralo, a recente creación deste departamento.

O gabinete do Complexo Hospitalario de Pontevedra adícase a un 50% a Comunicación Externa e a Comunicación Interna (reciben un 9 e un 10, respectivamente na puntuación da importancia do traballo nestas dúas actividades²²), mentres que a comunicación ao usuario non é contemplada entre as actividades e competencias do gabinete.

Respecto das súas funcións, os gabinetes de comunicación de ambos hospitais realizan as seguintes funcións:

- A) Comunicación externa, realizando as seguintes funcións de comunicación cos públicos externos:

²² Constitúe o único caso no que a Comunicación Interna se puntúa por riba da Comunicación Externa.

CHOP	Funcións	Arquitecto Marcide
X	Relacións cos medios de comunicación	X
X	Relacións con outras institucións	X
X	Relacións con asociacións de pacientes	X
	Actualización das informacións da páxina web do hospital	
X	Manual de imaxe corporativa	X
X	Organización de actos/ eventos	X
	Inserción de publicidade	X

Táboa nº 103. Funcións de Comunicación Externa dos Gabinetes de Comunicación de CHOP e Arquitecto-Marcide. Elaboración propia.

B) Comunicación interna. O gabinete de comunicación do Complexo Hospitalario Arquitecto-Marcide aínda non desenvolveu moitas das funcións propias deste ámbito.

CHOP	Funcións	Arquitecto-Marcide
X	Planificación de xuntanzas informativas	X
X	Planificación de encontros informais	
X	Actualización de contidos na Intranet	X
X	Formación en comunicación do persoal	X
X	Manual de acollida a novos profesionais	
X	Taboleiro de anuncios	
X	Caixa de suxestións	
X	Documentos internos	
X	Revista/Boletín interno	

Táboa nº 104. Funcións de Comunicación Interna dos Gabinetes de Comunicación de CHOP e Arquitecto-Marcide. Elaboración propia.

C) Comunicación ao usuario: O gabinete do CHOP só recoñece como función propia neste ámbito, a de supervisión dos puntos informativos do hospital

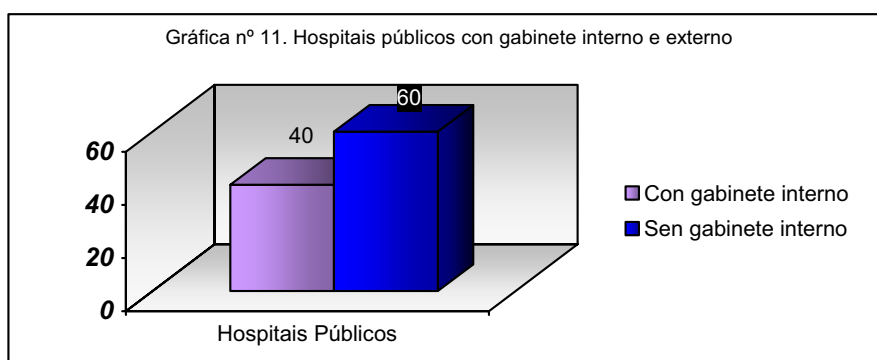
CHOP	Funcións	Arquitecto-Marcide
X (Colaboración e difusión)	Redacción de materiais de información xeral: guía de acollida, campañas preventivas, etc.	X
X (Colaboración e difusión)	Redacción de materiais de información específica: formularios de Consentimento Informado, instrucións médicas, etc.	
X	Supervisión dos puntos informativos do Hospital.	X
	Supervisión do Servizo de Atención ó Paciente	
	Supervisión da sinalética do centro	X
	Revista/Boletín para pacientes	

Táboa nº 105. Funcións de Comunicación ao Usuario dos Gabinetes de Comunicación de CHOP e Arquitecto-Marcide. Elaboración propia.

- O Gabinete de Comunicación do hospital pontevedrés afirma dispoñer de Plan de Comunicación Externo e Interno, pero non ao usuario, que tampouco se inclúe no plan de comunicación interno do hospital. O Gabinete do Complexo Hospitalario de Ferrol non dispón dun plan de comunicación en ningunha das posibles vertentes.
- O Servizo de Atención ao Paciente do CHOP conta cunha oficina no complexo pontevedrés e depende xerarquicamente de Xerencia. No Arquitecto Marcide-Nóvoa Santos, existe tamén unha oficina de Atención ao Paciente, que, neste caso, depende do Servizo de Admisión.
- Os puntos informativos do CHOP, un total de 5, dependen do Servizo de Atención ao Paciente. O único punto informativo do Complexo Hospitalario Arquitecto-Marcide Nóvoa Santos, depende de Xerencia.
- A relación entre SAP e o Gabinete de Comunicación no CHOP indica que ambos departamentos comparten información. No caso do Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide, dende o gabinete recoñécese que non existe ningunha relación entre ambos servizos e que ambos departamentos funcionan de modo independente.

1.1.2. Hospitais públicos sen gabinete de comunicación interno.

Os hospitais de Barbanza, Virxe da Xunqueira e o Hospital da Defensa de Ferrol na provincia de A Coruña; os Hospitais da Costa, o Hospital Comarcal de Monforte e o Complexo Hospitalario Xeral-Calde, na provincia de Lugo; o Hospital de Verín e o Hospital Comarcal de Valdeorras, na de Ourense e o Hospital do Salnés na de Pontevedra carecen de gabinete de comunicación interno, é dicir, non hai ningún departamento de Comunicación nas súas dependencias²³.



Da súa comunicación, ocúpense os gabinetes de comunicación das Direccións Provinciais ou o gabinete central da Consellaría de Sanidade, segundo a zona, contando para elo cos seguintes recursos humanos:

²³ Cabe matizar que a xornalista que se ocupa da comunicación dos tres hospitais lugueses ten a súa praza no cadro de persoal do Complexo Hospitalario Xeral-Calde, se ben, no seu día decidiuse o seu emprazamento na Dirección Provincial para que puidese atender tamén a comunicación externa dos outros dous hospitais. Por iso contabilizamos o Xeral-Calde como un dos casos de gabinete de comunicación externo.

Hospitais	RR.HH. ²⁴	Ubicación	Formación
Hospital da Barbanza	2H	Gabinete Sanidade	2 Periodismo
Hospital Virxe da Xunqueira	2M	(Compostela)	2 Outras
Hospital da Costa	1M	Dirección e Delegación	Periodismo
Hospital Comarcal de Monforte		provincial de Lugo	
Complexo Hospitalario Xeral-Calde			
Hospital de Verín	1M ²⁵	Dirección e Delegación	Periodismo
Hospital Comarcal de Valdeorras		provincial de Ourense	

Táboa nº 106. Recursos Humanos que se ocupan da comunicación dos hospitais galegos que carecen de departamento de comunicación (marzo de 2009). Elaboración propia.

O gabinete de comunicación da Consellería –Sergas ubicado en Compostela leva a Comunicación Externa do Hospital da Barbanza e do Hospital Virxe da Xunqueira. Só a comunicación externa e nada de comunicación interna nin ao usuario.

Respecto do gabinete de comunicación que se ocupa dos Hospitais de Verín e Valdeorras (que, como quedou dito, é o mesmo que leva a Comunicación Externa do CHOU, da Dirección xeral do Sergas, da Consellería de Sanidade e da Xerencia de Atención primaria en Ourense), reconece que as súas funcións comunicativas nestes hospitais ourensáns desempeñaas no ámbito da Comunicación Externa. No Hospital de Valdeorras, ten realizado algunhas actividades puntuais de Comunicación Interna (sobre todo de organización de eventos) e no de Verín, practicamente ningunha.

Respecto do gabinete de comunicación da Dirección provincial do SERGAS en Lugo, que se ocupa da comunicación fundamentalmente externa dos tres hospitais lugueses, compatibiliza esta actividade coa comunicación externa relativa á Dirección provincial do SERGAS en Lugo, á Delegación Provincial da Consellería de Sanidade e á xerencia de Atención Primaria en Lugo. A maior parte do seu tempo de traballo, adícao consecuentemente á Comunicación Externa (sete horas diarias), a Comunicación Interna, as tres horas restantes. A importancia do traballo do gabinete nas tres actividades tamén varía: un nove, un oito e un seis respectivamente.

As funcións do gabinete relativas aos tres hospitais lugueses son:

²⁴ En Homes (H) e Mulleres (M).

²⁵ A xornalista que leva a comunicación, fundamentalmente externa, dos Hospitais de Verín e Valdeorras é tamén a que leva a comunicación externa do Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU), xa incluída na táboa cos Recursos Humanos dos gabinetes de comunicación internos.

Comunicación Externa	Si/Non	Comunicación Interna	Si/Non	Comunicación ao Usuario	Si/Non
Relacións cos medios de comunicación	Si	Planificación de xuntanzas informativas	Si	Redacción de materiais de información xeral: guía de acollida, campañas preventivas, etc.	Si
Relacións con outras institucións	Si	Planificación de encontros informais	Non	Redacción de materiais de información específica: formularios de Consentimento Informado, instrucións médicas, etc.	Non
Relacións con asociacións de pacientes	Non	Actualización de contidos na Intranet (Xeral-Calde)	Si	Supervisión dos puntos informativos do Hospital.	Non
Actualización das informacións da páxina web do hospital	Si	Formación en comunicación do persoal	Non	Supervisión do Servizo de Atención ó Paciente	Non
Manual de imaxe corporativa	Si	Manual de acollida a novos profesionais	Non	Supervisión da sinalética do centro	Si
Organización de actos/eventos	Si	Taboleiro de anuncios	Si	Revista/Boletín para pacientes	Non
Inserción de publicidade	Si	Caixa de suxestións	Non		
		Documentos internos	Si		
		Revista interna	Non		

Táboa nº 107. Funcións de Comunicación Externa, Interna e ao Usuario do Gabinete de Comunicación do SERGAS respecto aos hospitais lugueses. Elaboración propia.

O Gabinete da Dirección Provincial do SERGAS en Lugo reconece que dispón dun Plan de Comunicación externo e interno, no que o usuario dos servizos dos hospitais aparece tanxencialmente no plan de comunicación interno.

Existe un Servizo de Atención ao Paciente en cada un dos tres hospitais da provincia de Lugo, que dependen de Xerencia (no caso do Xeral-Calde e do Hospital da Costa) e do Servizo de Admisión, no caso do Hospital de Monforte.

O Gabinete de Comunicación afirma que non existe ningunha relación cos Servizos de Atención ao Paciente dos tres hospitais, senón que funcionan de xeito independente.

Os puntos informativos (un en cada hospital), dependen nos tres casos do Servizo de Admisión.

No caso do Hospital de Verín, existe unha oficina do Servizo de Atención ao Paciente que depende de Xerencia e un punto de información, que depende do Servizo de Admisión e Documentación Clínica.

No caso do Hospital de Valdeorras, dispoñen dunha oficina do Servizo de Atención ao Paciente, que depende de Xerencia e dun punto de información que depende da Dirección de Xestión e de Recursos Humanos.

Tampouco existe ningunha relación funcional nin xerárquica entre o Gabinete de Comunicación e os Servizos de Atención ao Paciente dos hospitais ourensáns.

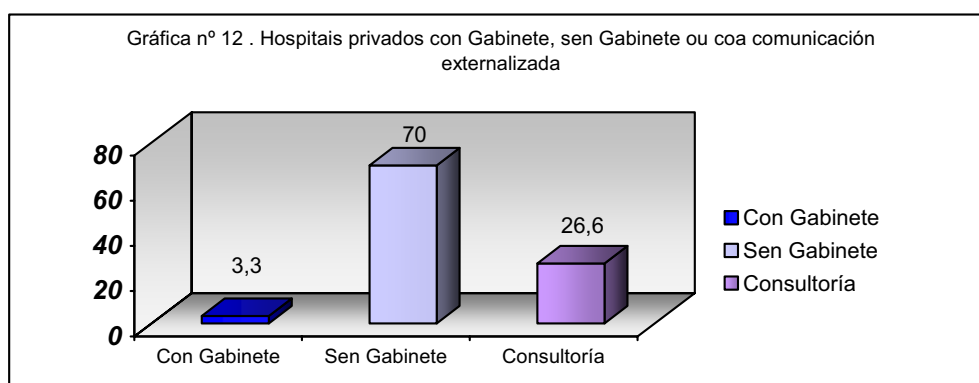
1.1.3. Outros hospitais públicos sen gabinete. Especificidades.

O Hospital do Salnés (Vilagarcía de Arousa) e o Hospital militar da Defensa, tamén chamado Hospital Naval (Ferrol), presentan certas particularidades. O Hospital do Salnés, a pesar de ser un hospital público, ten externalizada a súa comunicación a unha consultoría ubicada en Compostela, que realiza funcións exclusivamente de Comunicación Externa.

No caso do Hospital Naval de Ferrol, parte das súas instalacións foron cedidas ao Servizo Galego de Saúde, mentres que hai partes do hospital reservadas para os militares. Neste sentido, o gabinete de comunicación da área sanitaria de Ferrol ocúpase ao mesmo tempo da comunicación externa do hospital, por canto ás instalacións cedidas ao SERGAS do Hospital Naval de Ferrol.

1.2. A Comunicación Hospitalaria na rede privada galega

Só un dos trinta hospitais privados de Galicia conta cun Gabinete de Comunicación: o USP Santa Teresa, pertencente ó grupo privado *USP Hospitales*. Un total de 21 carecen de gabinete de comunicación. Mentres que os 8 restantes teñen externalizada a comunicación a unha consultoría.



No caso do Gabinete de Comunicación do USP Santa Teresa, chamado “Dirección de Comunicación” e creado en 1999, éste conta cunha muller con formación en Márketing como directora de comunicación e única traballadora do gabinete. Dito gabinete conta cunha comunicación planificada nas distintas vertentes. Das oito horas de traballo diario, tres adicaas á comunicación externa, tres a comunicación interna e dúas a comunicación ao usuario. A maior puntuación recíbea o traballo de Comunicación Externa (un 8) e a Comunicación Interna e ao Usuario reciben un notable algo máis baixo (un 7).

As súas funcións de comunicación abranguen as seguintes actividades:

Comunicación Externa	Si/Non	Comunicación Interna	Si/Non	Comunicación ao Usuario	Si/Non
Relacións cos medios de comunicación	Si	Planificación de xuntanzas informativas	Non	Redacción de materiais de información xeral: guía de acollida, campañas preventivas, etc.	Si
Relacións con outras institucións	Si	Planificación de encontros informais	Si	Redacción de materiais de información específica: formularios de Consentimento Informado, instrucións médicas, etc.	Si
Relacións con asociacións de pacientes	Si	Actualización de contidos na Intranet	Non	Supervisión dos puntos informativos do Hospital.	Si
Actualización das informacións da páxina web do hospital	Si	Formación en comunicación do persoal	Si	Supervisión do Servizo de Atención ó Paciente	Non
Manual de imaxe corporativa	Si	Manual de acollida a novos profesionais	Non	Supervisión da sinalética do centro	Si
Organización de actos/eventos	Si	Taboleiro de anuncios	Si	Revista/Boletín para pacientes	Si
Inserción de publicidade	Si	Caixa de suxestións	Non		
		Documentos internos	Si		
		Revista interna	Si		

Táboa nº 108. Funcións da Dirección de Comunicación de USP Hospital Santa Teresa.
Elaboración propia.

Por canto, ós hospitais que carecen de Gabinete de Comunicación, estes reúnen unha serie de características:

- A meirande parte deles (16 de 18) son de nivel V, pois teñen menos de 100 camas. Só 2 deles, serían de nivel IV, pois teñen unhas duascenas camas cada un. Polo tanto, son hospitais de tamaño pequeno, agás o Hospital General Juan Cardona e o Centro Residencial e Rehabilitador San Rafael.
- Chama a atención que neste apartado de hospitais privados sen gabinete de comunicación inclúense todos os da especialidade psiquiátrica, que parece ser unha especialidade médica invisibilizada socialmente.

Preguntados se algunha/s persoas asumían as tarefas propias do gabinete de comunicación, respostaron que si un total de 8, e que non, 14. Estas persoas pertencían maioritariamente á Xerencia ou á Dirección Médica.

Xerencia/Secretaría	Dirección Médica	Dirección Enfermería	Ninguén	Outros ²⁶	TOTAL
5	2	0	13	1	21

Táboa nº 109. Departamentos que asumen a comunicación nos hospitais privados. Elaboración propia.

Isto implica que hai unha porcentaxe elevada de hospitais privados que carecen dun gabinete de comunicación ou doutro departamento que desenvolva as súas funcións (concretamente, seis de cada dez privados)

Respecto dos 8 hospitais privados coa comunicación externalizada, estes son de nivel V (pois teñen menos de 150 camas e menos de 100 tamén), agás un (Povisa), que é de nivel II con 569 camas.

Deses oito hospitais, os que pertencen ao mesmo grupo propietario (Ex. Grupo A Nosa Terra, propietaria de La Esperanza e Povisa) teñen contratada á mesma asesoría para a comunicación dos dous hospitais do grupo.

As asesorías de comunicación ocúpense fundamentalmente da Comunicación Externa e das relacións cos medios de comunicación, aínda que nalgúns casos tamén elaboran a revista corporativa da entidade e outro tipo de publicacións internas (memoria de actividades, etc).

Asesorías	Relacións cos medios	Páxina Web	Organización de eventos	Revista Corporativa	Outras Publicacións
Povisa/ La Esperanza	X		X		X
La Rosaleda	X		X	X	
Sanatorio Modelo/ Nsa. Sñra. Belén	X	X	X		X
Miguel Domínguez/ La Merced	X		X		
Euroespes	X	x			

Táboa nº 110. Funcións das asesorías de comunicación dos hospitais privados. Elaboración propia.

Os Recursos Humanos de cada unha delas varían na maior parte dos casos entre unha e dúas persoas:

²⁶ Na Clínica Fátima existe un Departamento de Promoción, que asume, entre outras, esas funcións.

Hospital	RR.HH. ²⁷	Formación
Povisa/ Esperanza ²⁸	1H	Periodismo
La Rosaleda	Variable	--
Modelo/Belén	2M	Periodismo
Domínguez/ Merced	1H	Periodismo
Euroespes	Variable	--

Táboa nº 111. Recursos Humanos das asesorías de comunicación dos hospitais privados.
Elaboración propia.

Polo tanto, no sector hospitalario privado, o nivel de desenvolvemento da Comunicación Institucional é escaso, atopándose a meirande parte dos hospitais nunha etapa pre-comunicativa.

□ OS SERVIZOS DE ATENCIÓN AO PACIENTE NO SECTOR PRIVADO

A metade de hospitais privados contan cun servizo de atención ao paciente. Carecen de servizo de atención ao paciente como tal a outra metade²⁹.

Non obstante, nos hospitais que carecen do servizo, puntualizábase que as tarefas de “atención ao paciente” se realizaban colaborando entre todos os traballadores do hospital.

²⁷ En Homes (H) e Mulleres (M).

²⁸ El Hospital Povisa (Vigo) y el Hospital Ntra. Señora Esperanza (Santiago de Compostela) pertenecen al Grupo Nosa Terra, grupo empresarial con dúas ramas principais de actividade: a marítima e a sanitaria.

²⁹ Cabe sinalar que, por lei, os hospitais privados non están obrigados a dispoñer dun servizo de atención ao paciente, namentres os públicos si o están (Real Decreto 521/ 1987, Art. 32).

Hospitais privados que carecen de servizo de atención ao paciente		
Nome	Especialidade	Provincia
Centro Oncolóxico de Galicia	Oncoloxía	A Coruña
Nuestra Señora de Belén	Materno-Infantil	A Coruña
Hospital General Juan Cardona	Xeral	A Coruña
La Esperanza		
Los Abetos	Xeral	A Coruña
Centro Residencial y Rehabilitador San Rafael	Psiquiátrico	A Coruña
Sanatorio Dr Troncoso	Psiquiátrico	Lugo
Santa María	Psiquiátrico	Ourense
El Castro	Xeriatria	Pontevedra
Centro Médico Pintado	Psiquiátrico	Pontevedra
El Pinar	Xeriatria	Pontevedra
FREMAP	Xeral	Pontevedra
Sanatorio Magnolio	Materno-Infantil	Pontevedra
Sanatorio Concheiro	Psiquiátrico	Pontevedra
Sanatorio San José	Traumatoloxía	Pontevedra
	Psiquiátrico	Pontevedra

Táboa nº 112. Hospitais privados que carecen de departamento de atención ao usuario/cliente. Elaboración propia.

Dos quince hospitais privados que dispoñen deste servizo, este pode funcionar como departamento individual ou integrado nas funcións do servizo de admisión:

	Servizo de Atención ao Paciente	Servizo de Admisión + Atención ao Paciente
Nª Hospitais (15)	8	7

Táboa nº 113. Servizos de Atención ao Paciente e Servizos de Admisión que asumen as funcións de atención ao paciente. Elaboración propia.

Nos hospitais privados, a dependencia xerárquica dos servizos de atención ao paciente é maioritaria respecto da Xerencia ou Dirección do centro.

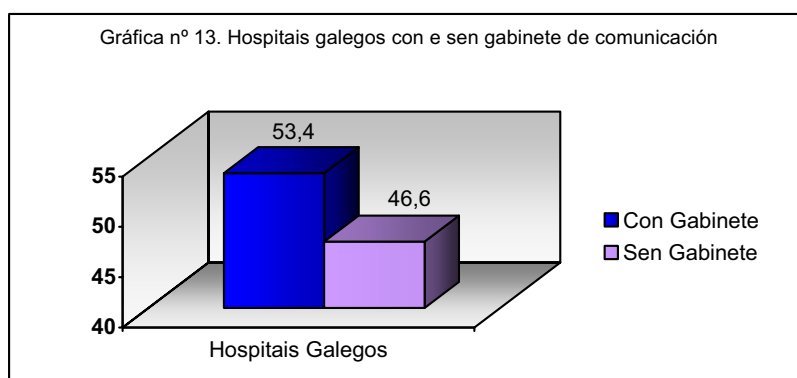
Xerencia/Dirección	Dirección Médica	Dirección Enfermería	Calidade	Outros (Dirección Asistencial)	TOTAL
9	1	1	3	1	15

Táboa nº114. Dependencia dos servizos de Atención ao Paciente dos hospitais privados. Elaboración propia.

1.3. Visión de conxunto. A Comunicación Hospitalaria en Galicia

1.3.1. Nivel de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria en Galicia

Un total de 21 dos 45 hospitais galegos carecen de gabinete ou asesoría externa que xestione a súa comunicación. Deses 21, todos eles de titularidade privada, en 13 non existe ningunha persoa/s ou departamento que desenvolva algunha das súas funcións, o que ilustra un certo nivel de opacidade e/ou de desinterese por incorporar formalmente a comunicación ao servizo da estratexia de xestión do hospital.

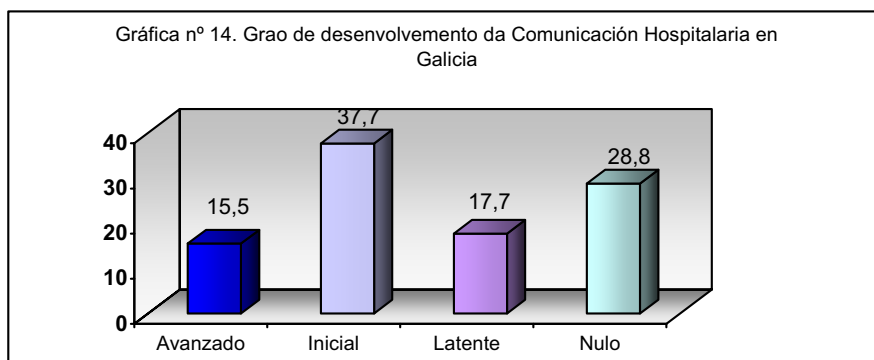


Só o feito da alta irregularidade nas fórmulas adoptadas nos distintos hospitais dá idea de que a comunicación é considerada unha actividade complementaria e nun momento dado prescindible, a excepción dos macro hospitais ou complexos hospitalarios, nos que as necesidades comunicativas se poñen de manifesto derivadas da compoñente política, polo seu carácter de públicos, e da gran cantidade de actividade que rexistran (pois son moitos os profesionais que alí traballan e moitos tamén os usuarios aos que prestan servizo).

Facendo un balance global, podemos dicir que o nivel de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria atópase máis avanzado nos Complexos Hospitalarios, todos eles públicos, pois practicamente na súa totalidade dispoñen de gabinete de comunicación.

Nos restantes hospitais públicos, aínda que da súa comunicación se ocupe algún dos outros gabinetes do SERGAS, existe un desenvolvemento inicial, caracterizado polo predominio da comunicación externa, por unha baixa integración na institución e por unha actitude predominantemente reactiva.

No sector privado, predomina un nivel latente ou nulo, inicial no caso dos privados de maior tamaño. A fotografía a vista de paxaro da Comunicación Hospitalaria en Galicia sería a seguinte:



A alta porcentaxe de hospitais que non detectaron a necesidade de planificar, organizar e desenvolver a súa comunicación (ese 46,5%, resultado da suma dos niveis latente e nulo), débese aos seguintes motivos:

- Unha alta porcentaxe de hospitais de pequeno tamaño, que non consideran de relevancia investir recursos económicos nesta cuestión.
- O descoñecemento da figura do gabinete de comunicación e a falta de concienciación sobre o potencial e as vantaxes que lles ofrecería unha comunicación integral e estratéxica.

Polo tanto, a nosa hipótese de partida que apuntaba a que o grao de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria en Galicia se atoparía máis avanzada no sector público que no privado se confirma, aínda que hai que recoñecer que, facendo unha análise de conxunto, a metade dos hospitais galegos (un 53,2%) mantense a este respecto en estado Inicial ou Avanzado.

1.3.2. Hospitais públicos: Comunicación Institucional = Comunicación Política

Como se apuntaba intuitivamente nas hipóteses, os hospitais públicos danlle unha maior importancia á comunicación que os privados, de maneira que, dun ou doutro modo, todos contan con algunha entidade que, cando menos, se ocupa da comunicación externa do hospital.

Isto non está desligado de certa confusión –non carente de intencionalidade– entre a Comunicación Política e a Comunicación Institucional. O que se está priorizando na rede hospitalaria pública é a dependencia funcional dos gabinetes de comunicación da dirección de comunicación que se leva a cabo dende o gabinete de comunicación da Consellaría e do SERGAS en Compostela, que, non esquezamos, é un persoal de confianza nomeado polo/a Conselleiro/a de Sanidade, un cargo político.

Esta dependencia funcional dun departamento político e, como tal, mudable, vese reforzada polas seguintes liñas de actuación:

- Os gabinetes hospitalarios recoñecen depender xerarquicamente das xerencias hospitalarias (un cargo que muda ao mudar o partido político no goberno e, consecuentemente, o/a Conselleiro/a de Sanidade) e funcionalmente do gabinete de comunicación de Compostela. Ambas entidades, por tanto, teñen un marcado carácter político.
- Existe persoal que ten a súa praza nos cadros de persoal dos hospitais, pero que exerce as súas funcións dende as Direccións Provinciais do SERGAS, novamente un espazo político. Este persoal é o que se coñece como “responsables” do gabinete, o que implica que, aínda que declaran funcionar coordinada e conxuntamente coas persoas de comunicación que están dentro do hospital, en última instancia son os xefes do gabinete de comunicación.
- O feito de subcontratar consultorías de comunicación (caso do Complexo Hospitalario de Pontevedra e do Hospital do Salnés), que funcionan baixo as directrices e ordes dadas dende o gabinete de comunicación compostelán, reforza o efecto de “titoría comunicativa” que se leva a cabo dende o gabinete central.

Hai que ter en conta que o chamado “primeiro sector” foi no que máis cedo se comezaron a implantar os gabinetes de comunicación, primeiro por unha necesidade lexislativa (a obriga de transparencia perante os administrados), pero tamén por interese político.

Polo tanto, podemos concluír que detrás do aparente maior desenvolvemento da Comunicación Institucional no sector hospitalario público existen unhas directrices que parten dun departamento “político” que non é outro que o gabinete de comunicación da Consellaría de Sanidade e SERGAS.

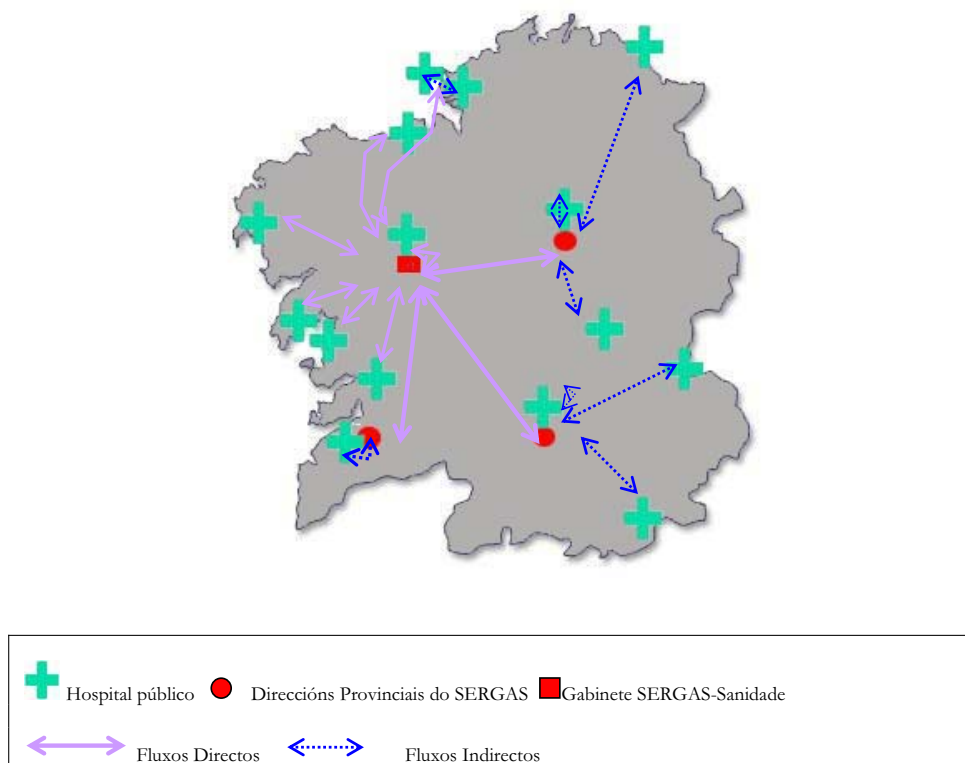


Figura nº 6. Fluxos comunicativos cos gabinetes de comunicación dos Hospitais Públicos galegos a Xaneiro de 2009.
Elaboración propia.

Como consecuencia disto, os fluxos comunicativos dos gabinetes de comunicación da rede hospitalaria pública galega son de dous grandes tipos:

1) Fluxos verticais

- **Directos:** Entre o gabinete de comunicación da Consellaría/ SERGAS e os hospitais con ou sen gabinete interno, que non teñen responsable nas Direccións Provinciais.

Éstes serían:

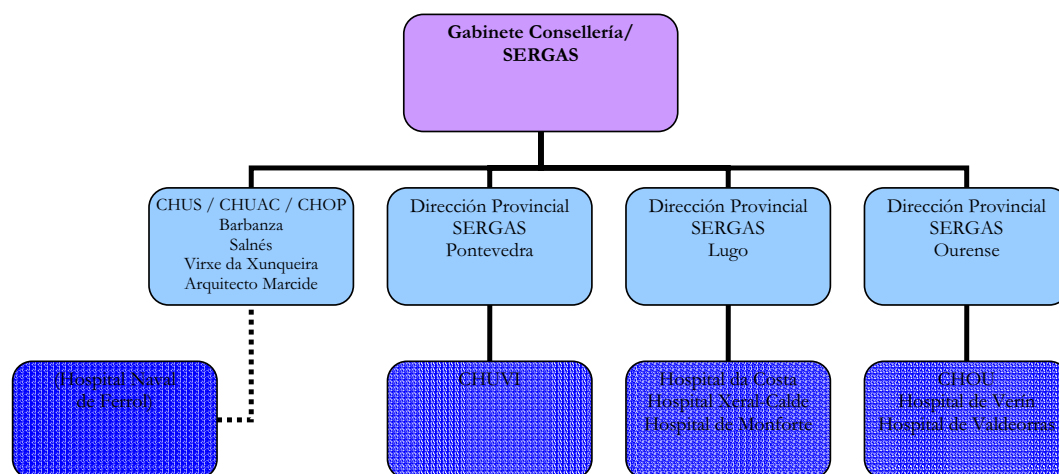
- Gabinete central- Hospitais de Virxe da Xunqueira e Barbanza, ambos sen gabinete de comunicación.
- Gabinete central – Gabinetes de CHOP, CHUAC, CHUS, Arquitecto-Marcide, e Salnés (neste último caso é unha consultoría sita en Compostela).

- **Indirectos:** Entre o gabinete de comunicación da Consellaría/SERGAS e os gabinetes de comunicación das Direccións Provinciais do SERGAS, onde os xornalistas establecen á súa vez fluxos comunicativos cos hospitais dos que xestionan a comunicación externa.

Éstes serían:

- Gabinete central- Gabinetes das Direccións Provinciais do SERGAS en Lugo, Ourense e Pontevedra.
 - Dirección Provincial SERGAS Pontevedra– CHUVI
 - Dirección Provincial SERGAS Ourense – CHOU, Valdeorras e Verín.
 - Dirección Provincial SERGAS Lugo– Xeral-Calde, da Costa e Monforte.
- Gabinete central- Arquitecto-Marcide -Hospital Naval de Ferrol.

Vemos graficamente a forma que adoptarían estes fluxos verticais nun organigrama:

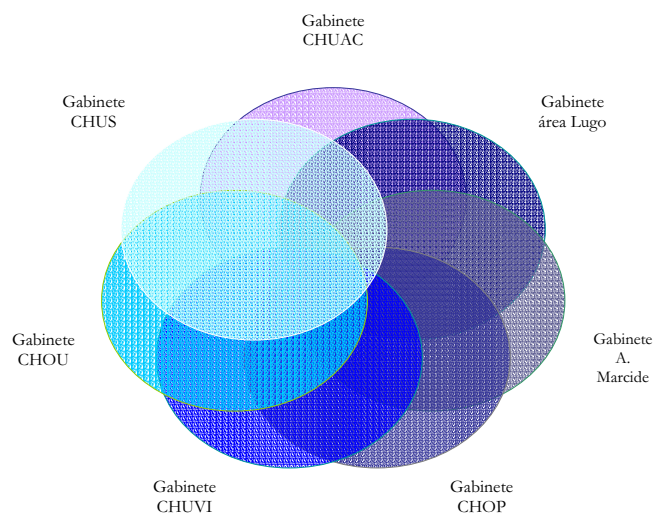


Organigrama n° 5. Fluxos verticais da comunicación entre os gabinetes da rede pública.
Elaboración propia.

Como se pode observar, o Gabinete central ou Gabinete da Consellería de Sanidade e do SERGAS situado en Compostela vén a ser o centro neuráxico do que depende funcionalmente a comunicación hospitalaria da rede pública.

2) Fluxos Horizontais

Por outra banda, os distintos gabinetes de comunicación manteñen un contacto esporádico entre si³⁰. Sería un fluxo horizontal e multidireccional entre todos.



Organigrama nº 6. Fluxos horizontais da comunicación entre os gabinetes da rede pública.
Elaboración propia.

³⁰ O contacto entre os gabinetes dos hospitais, sen pasar polo gabinete central, é espontáneo e puntual, vía correo electrónico ou telefónica. Por canto ás xuntanzas formais, ao longo da pasada lexislatura (2004-2008) só houbo dúas xuntanzas na que participaron todos os membros dos gabinetes xunto co xefe de comunicación do gabinete do SERGAS-Consellería de Sanidade.

1.3.3. Recursos Humanos escasos. A especialización responde á formación continuada. A figura do xornalista no hospital aínda non se recoñece plenamente a nivel corporativo

En xeral, os recursos humanos dos hospitais con gabinete (propio ou externo) non son numerosos (alternan a presenza dunha ou dúas persoas, coa excepción do Gabinete da Consellaría no que traballan catro persoas, incluído o Xefe do Gabinete), o que repercute necesariamente nas actividades que levan a cabo. Cabe sinalar que os complexos hospitalarios están compostos de varios hospitais, moitas veces fisicamente afastados, así que en realidade, esas dúas persoas están levando o peso da comunicación de todos os servizos e persoal que traballa nos centros hospitalarios que forman o complexo.

Por canto á formación, predominan de xeito notable os estudos en Xornalismo. Respecto da súa especialización en temas de medicina e saúde, dos integrantes dos gabinetes ningún realizou un máster ou curso de posgrao neste eido de especialización, senón que a especialización derivou maioritariamente do traballo diario e do interese ‘a posteriori’ por cursos e xornadas do ámbito temático, é dicir, o que se denomina formación continuada.

Tipo de especialización	Nº Persoas
Master/ Posgrao	0
Curso/ Xornadas	13
Traballo previo en editoriais médicas	1
Ningunha	2

Táboa nº 115. Tipo de especialización dos traballadores dos gabinetes de hospitais públicos e privados (incluído o Gabinete da Consellería de Sanidade). Elaboración propia.

Por outra banda, os xornalistas dos departamentos de comunicación hospitalarios figuran no listín de correo corporativo da forma máis variada, concretamente³¹:

³¹ O listín corporativo no que se basean os datos é de acceso interno (restrinxido) e cúbrese coa información facilitada polas direccións de recursos humanos dos hospitais ou as secretarías das direccións provinciais, polo que podemos consideralo como reflexo da imaxe interna dos xornalistas e dos departamentos de comunicación nos hospitais.

Posto no listín corporativo	Nº Persoas
Periodistas	4
Gabinete de Prensa	2
Administrativos (Técnicos da función administrativa)	3
Persoal Externo	1

Táboa nº 116. Posto ao que aparecen vinculados os xornalistas dos hospitais públicos galegos no listín corporativo (sen incluír o Gabinete da Consellería de Sanidade e o CHOP³²). Elaboración propia.

1.3.4. Priorízase a Comunicación Externa

Principalmente, os gabinetes de hospitais públicos (proprios ou externos) adícanse sobre todo ás relacións cos públicos externos –destacando, os medios- e polo tanto á parte máis “visible” do seu traballo. O envío de notas de prensa, a convocatoria de roldas de prensa así como atender as demandas de información dos medios son, sen dúbida, as súas principais actividades de traballo diario. A nosa subhipótese que indicaba unha prevalencia da Comunicación Externa na actividade do gabinete vese confirmada.

Ademais, o nivel de desenvolvemento da comunicación interna nos hospitais públicos límtase a aqueles que teñen gabinete dentro do hospital, que por outra parte son os de maior tamaño e de maior número de empregados. Pero nin tan sequera neles o peso da Comunicación Interna é equiparable ao da Comunicación Externa.

Os hospitais públicos cuxa comunicación é xestionada exclusivamente polos gabinetes das direccións provinciais do SERGAS (caso de Verín, Valdeorras, da Costa, Xeral-Calde e Monforte) ou polo da propia Consellería de Sanidade (Barbanza e Virxe da Xunqueira), en comunicación interna reciben unha atención secundaria, partindo da base de que o gabinete non está integrado na institución, polo que, aínda que, a demanda das xerencias ou por iniciativa do gabinete, se realizan algunhas actuacións en comunicación interna, a implementación e posta en marcha de estratexias, así como a optimización dos recursos de comunicación interna vense fondamente limitados.

A situación é diferente respecto dos gabinetes de comunicación que teñen alomenos unha persoa no hospital. Nestes casos, a comunicación interna recibe unha importante atención, aínda que se temos en conta as medias das puntuacións outorgadas polos gabinetes dos hospitais públicos (CHUS, CHUVI, CHOU, CHUAC, CHOP e Arquitecto-Marcide) á importancia do seu traballo

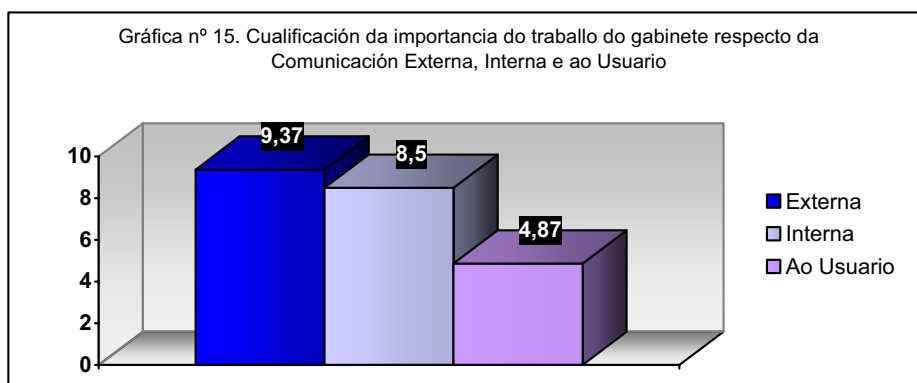
³² Ao estar subcontratada unha asesoría de comunicación, a persoa responsable, a pesares de desenvolver a súa xornada laboral no hospital, non aparece no listín corporativo do SERGAS.

nas tres vertentes da comunicación institucional, repararemos na clara aposta que se realiza pola comunicación externa.

Polo tanto, a nosa subhipótese debe ser matizada: A Comunicación Hospitalaria Interna en Galicia intégrase na estratexia comunicativa do Gabinete de Comunicación dos hospitais públicos, naqueles casos nos que algún persoal do gabinete está ubicado nas dependencias do hospital.

No caso dos hospitais privados, agás no caso do USP Santa Teresa, aqueles que teñen unha asesoría de comunicación contratada ou desenvolven cos recursos propios tarefas de comunicación, priorizan en calquera dos dous casos, a comunicación externa.

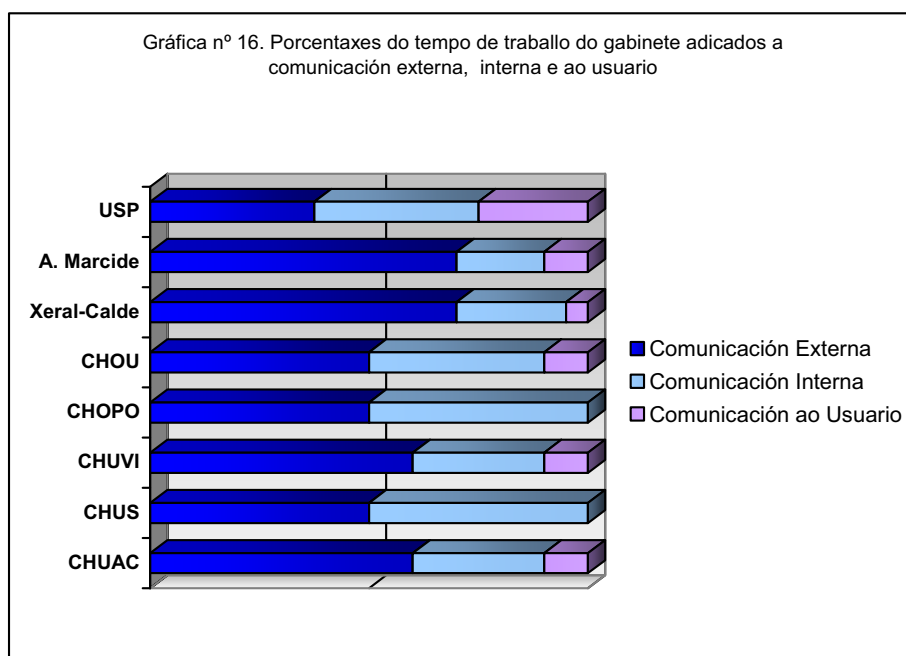
Na comparativa entre as vertentes de comunicación, destaca a falta de implicación do gabinete na comunicación ao usuario do hospital.



Probablemente, a escaseza dos recursos humanos dos gabinetes hospitalarios incidan de modo notable nesta situación.

1.3.5. Os gabinetes desatenden a Comunicación ao Usuario

Como vimos de ver, a Comunicación ao Usuario recibe a nota máis baixa en relación coa importancia do traballo do gabinete se a comparamos coa Comunicación Externa e Interna. Ademais, o tempo que se lle adica á comunicación ao usuario é moi inferior ao investido en comunicación externa ou interna, de maneira que, a pesar de ser o usuario a razón de ser dos hospitais e un dos principais públicos da institución, os gabinetes hospitalarios non orientaron a súa actividade aos usuarios efectivos dos servizos do hospital. Así, en dous dos oito gabinetes hospitalarios, non se recoñece a porcentaxe de tempo de traballo adicado ao usuario e, nos que si se lle recoñece, vemos como o reparto temporal adicado a esta función resulta mínimo.



Os gabinetes de comunicación dos hospitais galegos realizan escasas funcións relativas á comunicación ao usuario, as máis comúns son a redaccións de materiais de información xeral e a supervisión da sinalética dos centros; as menos comúns, a redacción de materiais de información específica (médica) e a elaboración dunha revista ou boletín para pacientes³³:

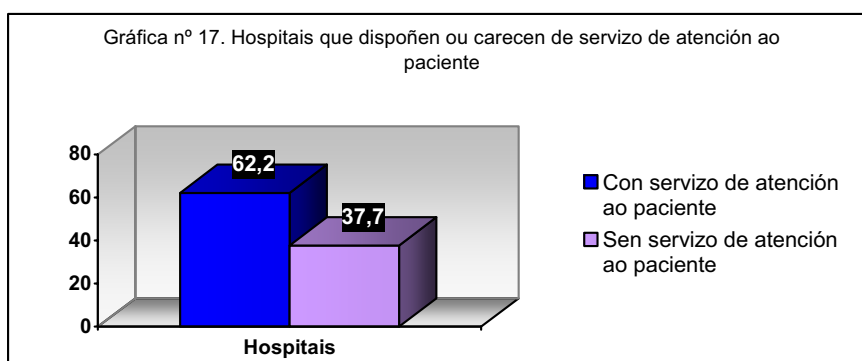
- Gabinetes que redactan materiais de información xeral: 8
- Gabinetes que redactan materiais de información específica: 1

³³ Incluídos os sete públicos –CHUAC, CHUS, CHUVI, CHOU, CHOP, Arquitecto-Marcide e Xeral-Calde- e o privado (USP Sana Teresa).

- Gabinetes que se ocupan da sinalética do centro: 7
- Gabinetes que realizan revista/boletín para pacientes: 1
- Gabinetes que se ocupan da formación en comunicación do persoal: 4

1.3.6. Nin os Servizos de Atención ao Paciente nin os Puntos Informativos dos hospitais dependen dos Gabinetes de Comunicación

Todos os hospitais públicos agás un³⁴ dispoñen de servizo de atención ao paciente. No caso dos privados, a metade carecen do mesmo.



Os Servizos de Atención ao Paciente dependen, maioritariamente, ben da Xerencia, ben do Servizo de Admisión, sen ningún outro tipo de vinculación co Gabinete (caso de que o haxa), máis alá da de compartir información, algo que non acontece nin en todos os casos nin de forma continuada.

En ningún hospital, o gabinete de comunicación se ocupa de supervisar a función dos servizos de atención ao paciente.

³⁴ O Hospital da Defensa (Ferrol) carece dun servizo propio e é o Servizo de Admisión quen se ocupa de calquera dúbida ou reclamación. A Unidade de Atención ao Doente atópase no Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide.

Hospitais con servizo de atención ao paciente	Dependencia xerárquica dos Servizos de Atención ao Paciente (SAP)
Públicos (14)	Xerencia: 8 Servizo de Admisión: 5 Departamento de Calidade: 0 Dirección Médica: 0 Dirección de Enfermería: 1 Outra: 0
Privados (15)	Xerencia/ Dirección: 9 Servizo de Admisión: 0 Departamento de Calidade: 3 Dirección Médica: 1 Dirección de Enfermería: 1 Outra: 1 ³⁵

Táboa nº 117. Dependencia xerárquica dos Servizos de Atención ao Paciente dos hospitais que dispoñen do mesmo.
Elaboración propia.

E o que resulta máis sorprendente: Tampouco os puntos informativos dos hospitais dependen maioritariamente dos Gabinetes de Comunicación (isto só acontece nun caso, o do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo), a pesar de que a maioría dos gabinetes ubican entre as súas funcións a supervisión dos puntos informativos do hospital. ¿Como pode o gabinete supervisar con autoridade unhas instancias que dependen doutro departamento hospitalario? Ou o que é o mesmo: Se o gabinete os supervisa, ¿por que non dependen del na xerarquía oficial? E máis aínda: Se os puntos informativos se ocupan de informar e orientar os usuarios, ¿por que non dependen xerarquicamente do gabinete de comunicación? As Xerencias, que son os departamentos que maioritariamente titoran por xerarquía os puntos informativos dos hospitais deberan delegar esta función no Gabinete de Comunicación.

Supervisión dos puntos informativos do hospital
Gabinete de Comunicación do CHUAC Gabinete de Comunicación do CHUVI Gabinete de Comunicación do CHOU Gabinete de Comunicación do Complexo Hospitalario Arquitecto-Marcide Dirección de Comunicación de USP Santa Teresa

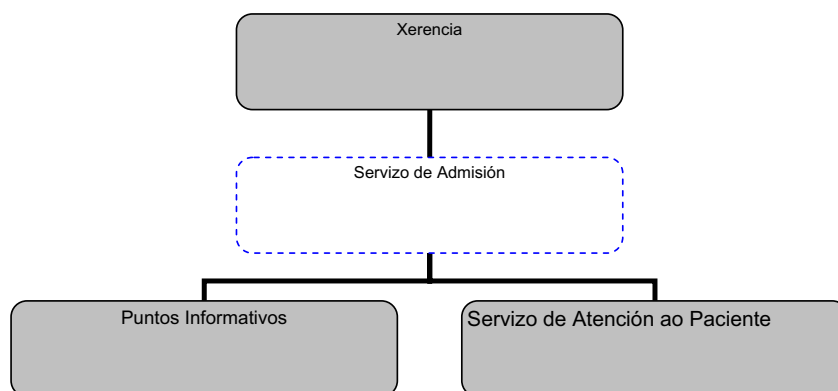
Táboa nº 118. Gabinetes de Comunicación que supervisan os puntos informativos dos hospitais.
Elaboración propia.

³⁵ No Hospital POVISA, depende da Dirección Asistencial.

Dependencia xerárquica dos puntos informativos
Xerencia: 3
Servizo de Admisión: 2
Servizo de Atención ao Paciente: 1
Gabinete de Comunicación: 1
Outra ³⁶ : 1

Táboa nº 119. Dependencia xerárquica dos puntos informativos dos hospitais con Gabinete de Comunicación. Elaboración propia.

Nun organigrama real que representase a situación maioritaria dos hospitais, o gabinete de comunicación non supervisaría xerarquicamente nin os puntos de información, nin os servizos de atención ao paciente, senón que a estrutura xerárquica maioritaria sería a seguinte:



Organigrama nº 7. Organigrama--tipo respecto da xerarquía dos puntos informativos e dos servizos de atención ao paciente do hospital. Elaboración propia.

Por outra banda, a formación en comunicación dos traballadores do hospital non a realizan todos os gabinetes:

Gabinetes que se ocupan da formación en comunicación do persoal do hospital
<input type="checkbox"/> Gabinete de Comunicación do CHUAC <input type="checkbox"/> Gabinete de Comunicación do CHUVI <input type="checkbox"/> Gabinete de Comunicación do CHOP <input type="checkbox"/> Gabinete de Comunicación do USP Santa Teresa

Táboa nº 120. Gabinetes de Comunicación que se ocupan da formación en comunicación do persoal hospitalario. Elaboración propia.

³⁶ Depende da Dirección de Procedimentos (Hospital USP Santa Teresa).

Polo tanto, do noso organigrama ideal das funcións dun gabinete de comunicación hospitalario, na práctica, estase evitando:

- 1º) A dependencia xerárquica dos puntos informativos do hospital do Gabinete.
- 2º) A dependencia xerárquica do Servizo de Atención ao Paciente do Gabinete.
- 3º) A titoría da formación en comunicación do persoal hospitalario.

1.3.7. ¿Comunicación estratéxica?

O apuntado até o de agora permite afirmar que os Gabinetes de Comunicación dos hospitais galegos aínda non funcionan como departamentos “de comunicación” posto que seguen a ser conceptualizados como maquinarias de relacións cos medios (gabinetes de prensa).

Por iso, a súa integración nos organigramas xerárquicos non establece dependencias lóxicas, como as dos puntos informativos dos hospitais.

Ademais, a comunicación hospitalaria nunha parte considerable dos casos non está planificada –en ningunha das tres vertentes comunicativas-, polo que dificilmente poderá integrarse cuns obxectivos claros nunha estratexia de xestión da institución.

Plan de Comunicación	Nº Gabinetes (8)
Externo, Interno e Ao Usuario	2
Externo e Interno	1
Só Interno	2
Ningún	3
Total	8

Táboa nº 121. Gabinetes que teñen planificada a comunicación. Elaboración propia

A comunicación hospitalaria pública intégrase nas directrices políticas do momento e a comunicación hospitalaria privada aínda non se desenvolveu na medida axeitada como para contribuír aos obxectivos xerais da institución, senón que, en xeral, a comunicación hospitalaria resulta ser máis ben un complemento que dá visibilidade a determinadas accións ou actividades e minimiza/ responde ante informacións negativas (ex. Listados de agarda dos hospitais públicos).

1.3.8. Sector privado, en estadio latente

No sector privado, o camiño por percorrer semella longo. Independentemente dos recursos económicos dos que dispoñen, non existe un nivel de concienciación suficiente que orixine a iniciativa de crear un departamento de comunicación propio. Esa mentalidade é a que fai que os hospitais de maiores recursos dentro dos privados aposten por unha comunicación externalizada que lle solucióna a parte máis instrumental e visible da súa comunicación, baseada en impactos controlados nos medios, que conseguen en base a determinadas exclusivas.

“Usamos la nota de prensa en contadas ocasiones. Valoramos más el trabajo mano a mano con uno o varios medios” (Álvaro Otero, responsable da axencia de comunicación que traballa para Povisa e La Esperanza³⁷).

Á marxe deles, unha importante porcentaxe de hospitais privados non planifica a súa comunicación, reacciona cos propios recursos ou mantéñense alleos ás novas dinámicas de relación das entidades organizadas.

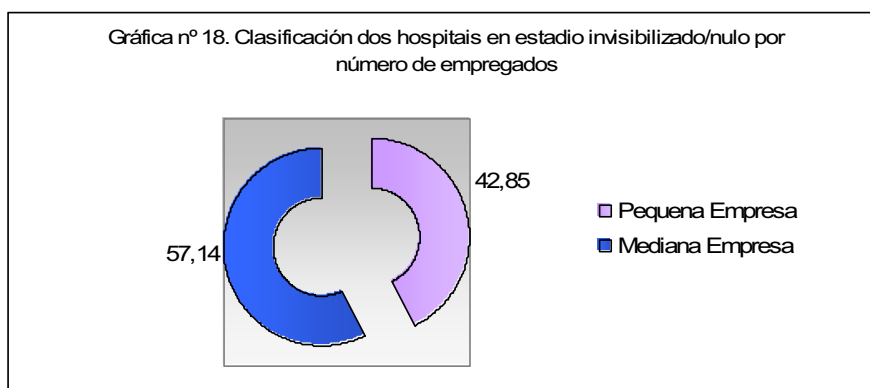
1.3.9. Análise do sector invisibilizado ou nulo

¿Quen son eses 21 hospitais que carecen dun departamento de comunicación propio ou externo e que reaccionan ben cos seus recursos propios, ben se manteñen á marxe das dinámicas da Comunicación Hospitalaria?

Algúns datos de interese poden ser:

- 1) Todos son de titularidade privada.
- 2) Nesta categoría, inclúense todos os hospitais da especialidade psiquiátrica.
- 3) Todos son de nivel V, pois teñen menos de 150 camas.
- 4) Por número de empregados, nove dos hospitais son pequena empresa, pois teñen menos de 50 empregados, e outros 12 son mediana empresa (entre 50 e 500 empregados). Deses doce, seis (o 50%) teñen máis de 100 empregados.

³⁷ Nunha entrevista mantida o 09 de Xaneiro de 2007.



Obsérvase, por tanto, un dato para a reflexión: un número importante de hospitais que son mediana empresa e que ademais teñen máis de 100 empregados non apostan por unha estrutura de comunicación planificada e estable. Estes hospitais non se decidiron aínda a proxectar a súa identidade interna e externamente. Este grupo de hospitais non consideraron necesaria a implantación dun Gabinete de Comunicación porque non proxectan imaxe externa, que é a finalidade á que asocian os gabinetes de comunicación, é dicir, non consideran de interese as relacións informativas cos medios. Isto está en boa medida relacionado coa súa condición de pequena-mediana empresa e cunha formulación de negocio que recorre á concertación de actividade co Servizo Galego de Saúde (que se converte en cliente), ou coas aseguradoras privadas, que lle garanten un fluxo continuado de usuarios, co que non se contempla a relación entre comunicación e rendabilidade, alomenos a curto prazo.

Bloque 2: Comunicación e Información ao Usuario Hospitalizado

“Muchos de los posibles efectos adversos asociados a la hospitalización son potenciados por la organización y gestión del hospital, porque en ellas prevalecen los intereses y los criterios de la institución y no son tenidos en cuenta los de los usuarios, o lo son de manera parcial y dosificada”.

(García e González, 2007: 30)

A segunda parte da presente investigación busca achegarse á comunicación que manteñen as institucións hospitalarias co usuario hospitalizado, un dos seus públicos clave, pois sen eles o hospital carece de sentido. Como se explicou no apartado de Metodoloxía, para coñecer a opinión dos usuarios hospitalizados sobre a información recibida e a comunicación mantida co persoal do hospital, empregouse un cuestionario entregado a usuarios de seis complexos hospitalarios galegos.

Hospitais integrados no estudo	Afixación proporcional (Nº enquisas)
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña	96
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago	76
Complexo Hospitalario de Ourense	60
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo	77
Complexo Hospitalario de Pontevedra	45
Complexo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo	50
Total	404

Táboa nº 122. Enquisas validadas por hospital. Elaboración propia.

Na maior parte dos casos, estando os usuarios en disposición de cumprimentar os cuestionarios, estes entregábanse e recollíanse unha hora despois. No caso de persoas maiores ou que non estaban en disposición de cubrir o cuestionario, a técnica pasaba a ser a de entrevista persoal con cuestionario.

Cabe indicar que dentro do concepto de *usuario*, incluímos non só o que tradicionalmente se coñece como paciente, é dicir, aquel que está a recibir o tratamento médico, senón tamén a figura do familiar/acompañante e do titor no caso dos menores, pois a efectos da comunicación, pasan a converterse en interlocutores co equipo e co persoal do hospital durante o tempo de duración da estadia hospitalaria.

Lembramos brevemente as nosas hipóteses de partida:

Hipótese principal 1: O usuario non ve colmadas as súas expectativas de información ao longo do proceso de hospitalización.

Segundo se ten amosado en estudos anteriores, unha importante porcentaxe de pacientes botan en falta información sobre o seu proceso ou tratamento médico:

- Na revisión efectuada por Kiesler e Auerbah (2006), as preferencias dos pacientes en canto á información recibida non están sendo satisfeitas (dun 26% a un 95% dos suxeitos, polo tanto un 52% de media non ven satisfeito o seu desexo de información). Estes pacientes están insatisfeitos coa información proporcionada, senten que non se lles proporcionou a información axeitada e manifestan o desexo de máis.
- No ámbito español, diversos estudos teñen amosado que unha importante porcentaxe de usuarios consideran a información recibida como insuficiente, tales como:

Autor/es	Mostra	Conclusións
Simón, P. et al. (2007)	10 entrevistas en profundidade	En xeral, os participantes saben en qué consisten as probas diagnósticas e con qué fin se lles realizan. Dáselles unha explicación rutineira que adoita percibirse como insuficiente. Con frecuencia os pacientes quedan con dúbidas e desexarían preguntar para ampliar a información.
García González e González Ventura (2007)	117 pacientes hospitalizados	O 27,4% non foi informado sobre o diagnóstico da enfermidade. O 44,4% descoñecen o tratamento que reciben e para qué serve. O 53% non sabe o nome de ningún/ha enfermeiro/a da planta.
Herrera-Espíñeira et al. (2006)	289 pacientes de Cirurxía traumatolóxica	Un 27,7% considera que se lles informou pouco ou nada sobre a operación cirúrxica e sobre posibles complicacións durante a estadia hospitalaria.
Casellas et al (2004)	237 pacientes Dixestivo	Entre un 13% e un 16% non se consideran ben informados. Ademais un 94% indicaron precisaban maior información nalgunha das categorías propostas.
Isla et al. (2000)	54 pacientes Cardioloxía	35% consideran insuficiente a información recibida.
San José et al. (1999)	115 pacientes área cirúrxica	55,6% consideran insuficiente a información recibida.

Táboa nº 123. Estudos recentes realizados en España que miden a satisfacción dos usuarios coa información recibida. Elaboración propia.

As subhipóteses que plantexabamos de partida eran:

- O usuario bota en falta información de utilidade durante o ingreso hospitalario. Enténdese por “información de utilidade”, aquela referida aos aspectos prácticos da vida no hospital.

- Aos usuarios non se lles está a entregar a guía de acollida do centro, nin a Carta de dereitos e deberes.
- O usuario desexa máis información por parte do médico da que está a recibir.
- Hai máis usuarios satisfeitos coa información médica, se esta está acompañada de determinados comportamentos comunicativos dos facultativos, como os abordados na parte teórica do presente traballo: interese polas preocupacións dos usuarios; brindar e motivar a que resolvan as súas dúbidas; actitude de proximidade.

Hipótese principal 2: Existen aspectos a mellorar no trato que recibe o usuario dos distintos profesionais que traballan no hospital.

Recordemos que os ítems “Coidados e atención por parte do persoal médico” e “Trato do persoal non sanitario” son os peor cualificados polos cidadáns galegos no Barómetro Sanitario 2007.

Lembramos esquematicamente algunhas das recomendacións sobre trato ao usuario abordadas na parte teórica:

Fonte	Recomendación respecto do trato co usuario
Brea Feijoo (2007)	Non esquecer que non hai enfermidades, senón enfermos. Centrarse no individuo, consideralo como persoa, interesándose por el e polo seu entorno familiar, social e laboral. Implicarse nunha transferencia de identificacións e afectos. Non actuar como máquinas terapéuticas ou diagnósticas, senón humanamente.
Travali et al. (2005) Barbero (2006)	Ir máis alá da praxe clínica. Identificar as preocupacións do paciente e tentar darlle resposta.
Gallar (2005)	Os profesionais sanitarios deberían: -Presentarse como profesionais á súa disposición que pretenden facerlle a hospitalización agradable e axudarlle en todo canto poidan; dirixiranse ó paciente presentándose e indicando quen son e amosando interese pola súa persoa. -Explicarlle en qué consiste cada unha das manobras diagnósticas e terapéuticas ás que vaia sendo sometido.

Libro de estilo do Servizo Andaluz de Saúde (2003)	<p>O médico responsable dun paciente presentárase persoalmente (nome, apelidos función) ós usuarios (pacientes e/ ou acompañantes) na primeira visita. Igualmente, debe facelo o persoal de enfermería responsable da atención (art. 26).</p> <p>Sempre que a situación do paciente e as características da intervención o permitan, ó paciente informáraselle da función de calquer profesional sanitario que o atenda directamente.</p> <p>A información que se lle ofrecerá é: a función (<i>o anestésista</i>), o nome (<i>Dra. Gómez</i>) e qué vai facer con el (<i>vou facerlle unhas preguntas para decidir o sistema de anestesia</i>). Asimesmo, sempre que sexa posible, hai que informar ó usuario de quen lle vai atender a continuación e para qué (art. 27).</p>
Taylor (1995)	<p>No ambiente médico moitos dos problemas na comunicación proveñen da violación das máis sinxelas regras de urbanidade. Estas regras poden ser incorporadas na conduta do provedor cun mínimo de esforzo e son as seguintes: saudar o paciente, dirixirse a el empregando o seu nome, explicar o obxectivo dos procedementos mentres se lle aplican, despedirse do paciente empregando unha vez máis o seu nome.</p> <p>Percibir que o médico está aberto a recibir preguntas, mellora a comunicación e conduce a unha maior satisfacción do paciente</p>

Táboa nº 124. Recomendacións no trato cos usuarios. Elaboración propia.

Como subhipóteses a comprobar ou refutar apuntamos:

- Sobre a relación entre o usuario e o persoal médico, sospeitamos que...*

O persoal médico non se interesa polas preocupacións e inquedanzas do usuario respecto da enfermidade.

O persoal médico non mantén unha actitude próxima co usuario hospitalizado.
- Sobre a relación entre o usuario e o persoal sanitario non médico, sospeitamos que...*

O persoal sanitario non médico non se presenta no primeiro encontro co usuario, indicándolle o seu nome e función no hospital.

Ao usuario resúltalle difícil distinguir qué tipo de persoal sanitario non médico o está atendendo.

O persoal sanitario non médico non lle explica ao usuario as actuacións que lle van realizar e os motivos.
- Sobre a relación entre o usuario e o persoal non sanitario...*

O usuario non percibe amabilidade nos seus encontros co persoal non sanitario.

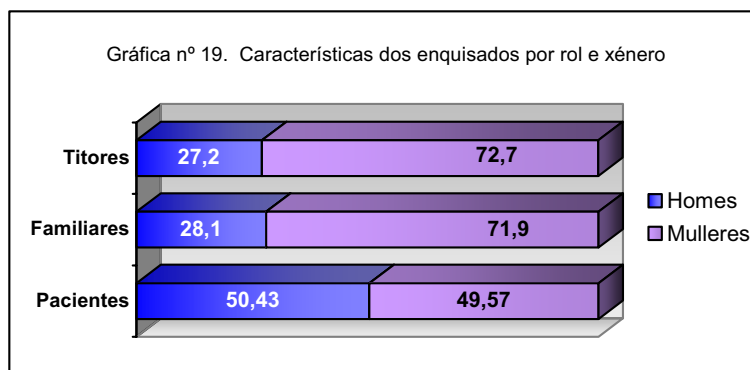
2.1. CARACTERÍSTICAS DOS ENQUISADOS

a) Rol e xénero: As persoas que respostaron ás preguntas da enquisa eran:

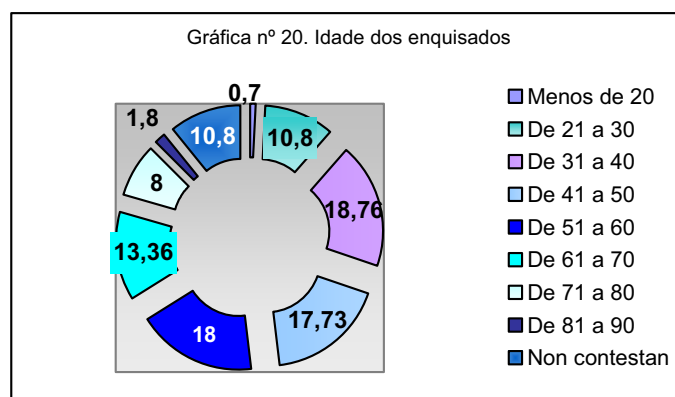
- Pacientes (59,3%), dos cales un 49,57% son mulleres e un 50,43% son homes.
- Familiares dos pacientes (30,9%), dos cales un 71,9% son mulleres e un 28,1% son homes.
- Titores legais dos pacientes (9,7%), dos que un 72,7% son mulleres e un 27,2% son homes.

Como se pode observar, é a muller quen realiza maioritariamente o rol de acompañante do enfermo ingresado, un aspecto que se podería ter en conta dende os hospitais á hora de adecuar os espazos ou de planificar algunha acción de comunicación respecto deste público en concreto.

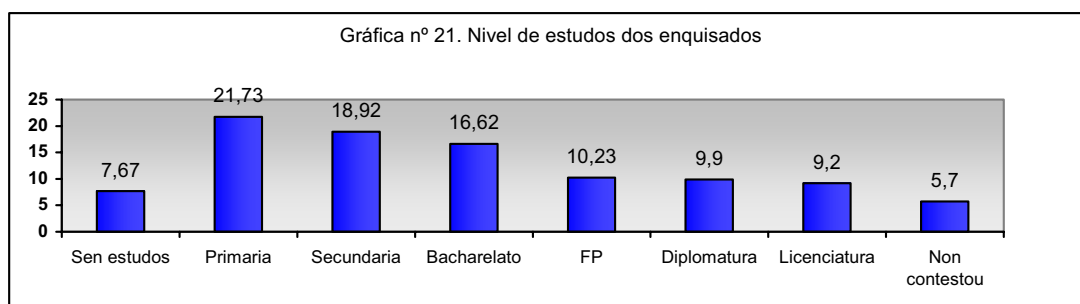
En termos globais, un 58,3% dos enquisados foron mulleres e un 41,6%, homes.



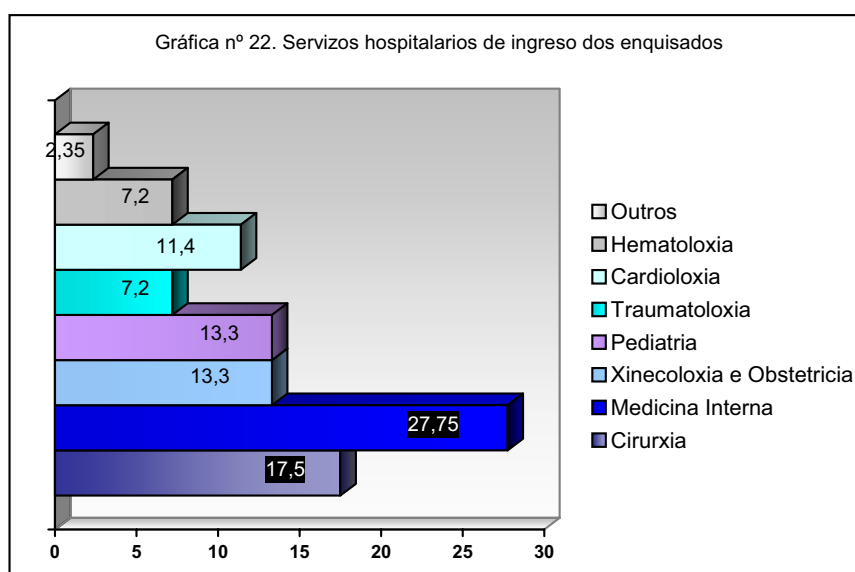
b) Idade: Por idade, as persoas que respostaron o cuestionaron son bastante novas, tendo máis da metade (un 54,2%) entre 30 e 60 anos. Vemos concretamente o reparto por tramos de idade:



- c) **Estudos:** Un 29,4% dos enquisados carece de estudos ou ten estudos de Educación Primaria. Un 35,5% fixo a Secundaria e chegou a cursar o bacharelato. Cursou Formación Profesional un 10,23%. Só ten estudos superiores (unha diplomatura ou unha licenciatura) un 19,2% dos enquisados.



- d) **Servizos:** Tendo en conta o servizo hospitalario no que estaban sendo atendidos os pacientes, predominantemente os servizos de Cirurxía e de Medicina Interna son nos que estaban a ser tratados a maioría dos/as enquisados/as.

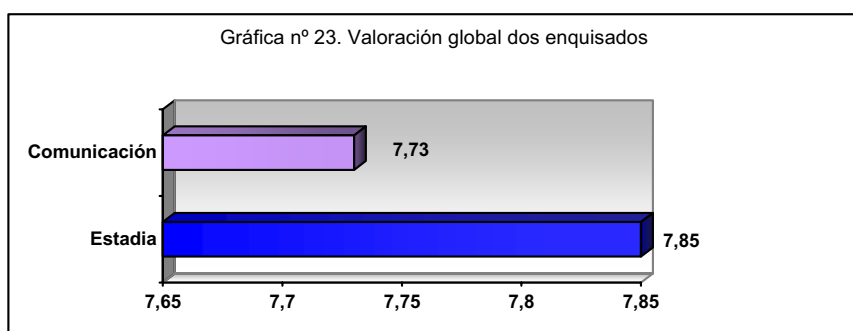


e) Outros datos de interese: Para un 28% dos enquisados era o seu primeiro ingreso hospitalario, polo que non era a primeira vez que ingresaban nun hospital para un 72%. Un 62,14% ingresaron por Urxencias, mentres que un 37,85% dos casos foron ingresos programados.

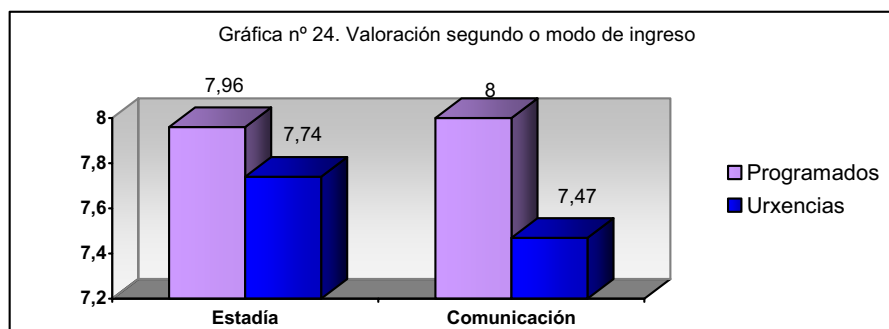
2.2. RESULTADOS.

2.2.0. VALORACIÓN GLOBAL.

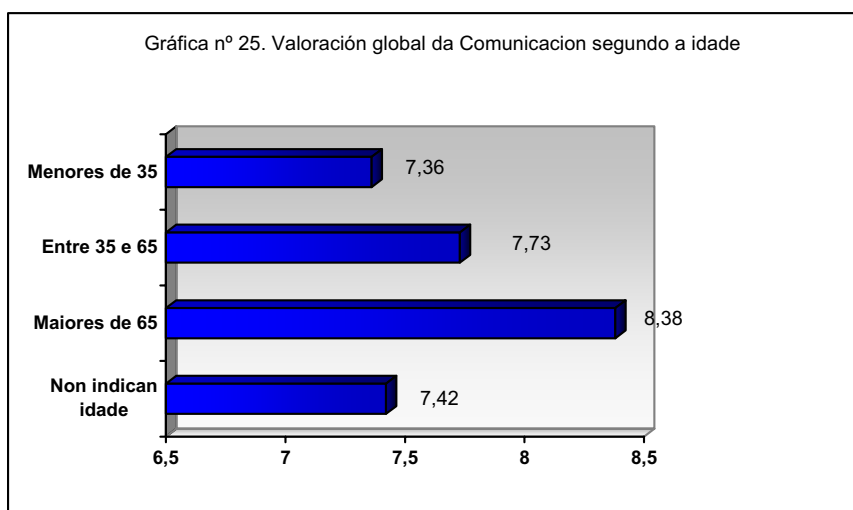
Os cidadáns enquisados valoran a súa estadia nos hospitais galegos cun notable, concretamente cun 7,85. Preguntados pola valoración que farían da comunicación mantida co persoal do hospital, a nota resulta algo máis baixa pero bastante semellante, concretamente valórana cun 7,73.



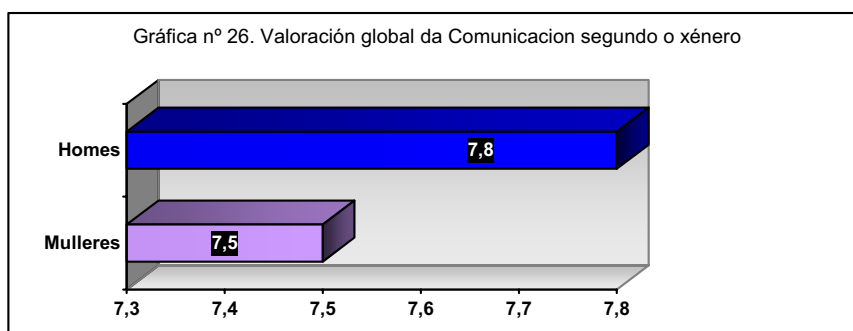
Por vía de ingreso, as notas de satisfacción son máis elevadas en ingresos programados que en ingresos por urxencias.



Por tramos de idade, o índice de satisfacción aumenta ao incrementarse a idade. Así, os máis satisfeitos coa comunicación son os maiores de 65 anos, mentres que os menores de 35 serían os menos satisfeitos.

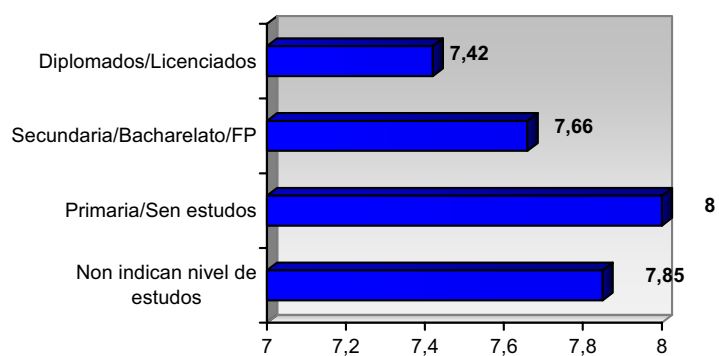


Por xénero, os homes amosan un índice de satisfacción maior que as mulleres.



Tendo en conta o nivel de estudos, os enquisados sen estudos ou con estudos de Primaria cualifican con máis nota a satisfacción coa comunicación, mentres que os usuarios con estudos universitarios indican unha nota algo máis baixa.

Gráfica nº 27. Valoración global da Comunicación segundo o nivel de estudos



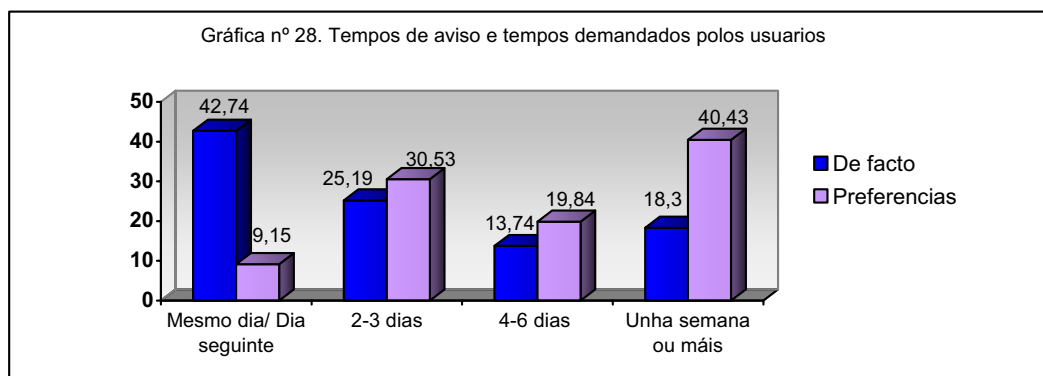
2.2.1. INFORMACIÓN ANTES DE INGRESAR (ETAPA DE PREINGRESO)

A) TEMPOS

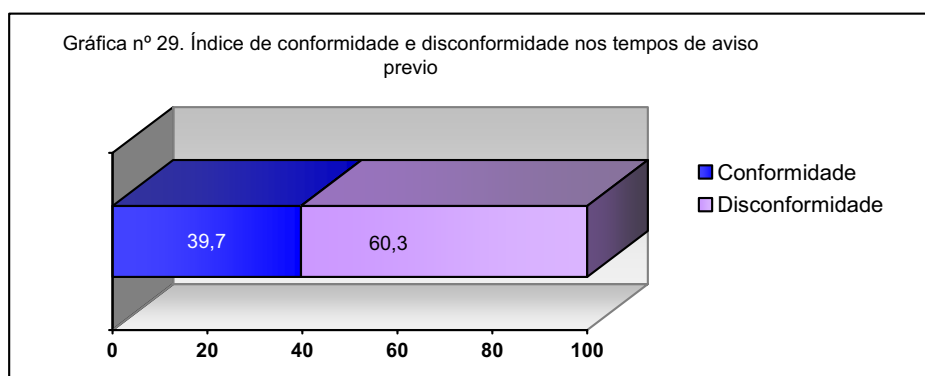
Predominan uns tempos extremadamente curtos nos avisos de ingresos programados. Un 25,95% das persoas que non ingresaron por Urxencias recibiron o aviso de ingreso o mesmo día que tiñan que ingresar no hospital; un 16,79% recibiron dito aviso dun día para outro; o 25,19% con 2 ou 3 días de antelación; un 13,74% foron avisados con entre 4 e 6 días de antelación; mentres que en tempos máis longos, unha semana ou máis dunha semana, foron avisados con dita antelación un 18,3% dos casos.

Preguntados, con canto tempo de antelación, consideran que deberían ser avisados do seu ingreso no hospital, as respostas amosan preferencias por tempos máis longos que a inmediatez do mesmo día ou do día seguinte.

- Así, un 30,53% afirma que 2-3 días de antelación debería ser o tempo previo para avisar do ingreso.
- Un 19,84% asevera que o ideal serían de 4 a 6 días antes do ingreso.
- Un 30,53% considera que unha semana, e máis dunha semana de antelación ao ingreso sería un tempo adecuado para o 9,9%.
- Pola contra, o mesmo día (1,52%) ou dunha día para outro (7,63%) son considerados axeitados só para preto dun 10% dos enquisados.



O nivel de coincidencia entre tempo de antelación desexado e o tempo “de facto” é dun 39,7%. Un 60,3% de usuarios enquisados non están, por tanto, conformes cos tempos de aviso en ingresos programados.



Das persoas que recibiron aviso de ingreso para o mesmo día están conformes o 5,8%. Pola contra, consideran que deberían ter sido avisados dun día para o outro o 26,4%; con 2-3 días de antelación, o 44,11%; con 4-6 días de antelación, o 5,9%; cunha semana de antelación o 17,75%. Non hai ningún que declarase que debería ter recibido o aviso con máis dunha semana de antelación.

Dos usuarios que foron avisados dun día para o outro, están conformes o 4,54%.

Consideran que deberían ter sido avisados con 2-3 días de antelación, o 31,82%; con 4-6 días previos, o 22,73%, cunha semana de antelación o 40,9%. Nesta categoría, non hai ningún que sinalase a opción de máis dunha semana de antelación.

Das persoas que recibiron aviso con 2-3 días de antelación, está conformes o 54,5%, pola contra preferirían ter 4-6 días de antelación un 21,22%; e unha semana, un 24,24%.

Das persoas que recibiron o aviso de ingreso con 4-6 días de antelación, están conformes o 61,1%; preferirían ter sido avisados cunha semana ou máis dunha semana de antelación o 38,8% restante.

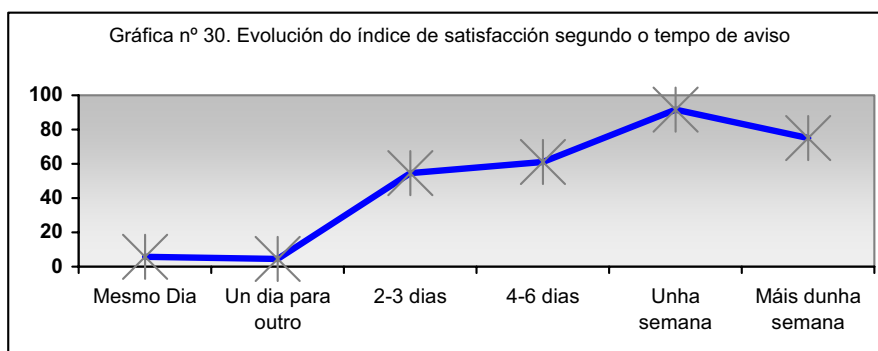
Das persoas que recibiron o aviso de ingreso cunha semana de antelación están satisfeitas o 91,6%; o 8,3% restante bastáballe con 4-6 días previos.

Das persoas que recibiron o aviso de ingreso con máis dunha semana de antelación están satisfeitas o 75%; o 25% restante, abondáballe cunha semana de antelación.

Recibiron aviso...	Conformidade
Mesmo día (25,95%)	Satisfeitos: 5,8%
	Insatisfeitos: 94,2%
Véspera (16,79%)	Satisfeitos: 4,54%
	Insatisfeitos: 95,46%
2/3 días antes (25,19%)	Satisfeitos: 54,5%
	Insatisfeitos: 45,5%
4/6 días antes (13,74%)	Satisfeitos: 61,1%
	Insatisfeitos: 38,9%
Unha semana antes (9,16%)	Satisfeitos: 91,6%
	Insatisfeitos: 8,3%
Máis dunha semana antes (9,13%)	Satisfeitos: 75%
	Insatisfeitos: 25%

Táboa nº 125. Grao de conformidade co tempo de aviso. Elaboración propia.

Polo tanto, o índice de satisfacción máis alto, é dicir, a maior porcentaxe de coincidencia entre tempo desexado e tempo *de facto*, está, segundo os usuarios enquisados, no intervalo que vai dos 4-6 días a unha semana de antelación.



Curiosamente, en máis dunha semana de antelación o índice de satisfacción descende levemente por consideralo tempo de espera de máis.

B) INFORMACIÓN FACILITADA ANTES DO INGRESO

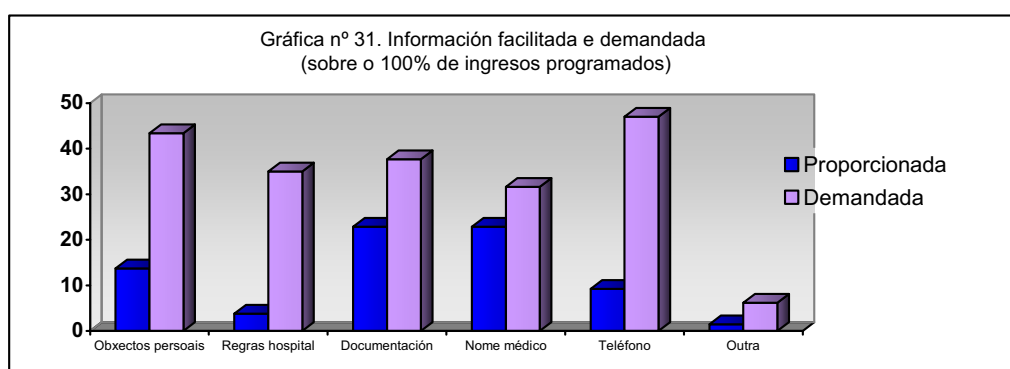
B.1 INGRESOS PROGRAMADOS

A práctica totalidade das persoas que non ingresaron por Urxencias responden que recibiron as indicacións sobre o día, a hora e o lugar no que tiñan que presentarse para o ingreso.

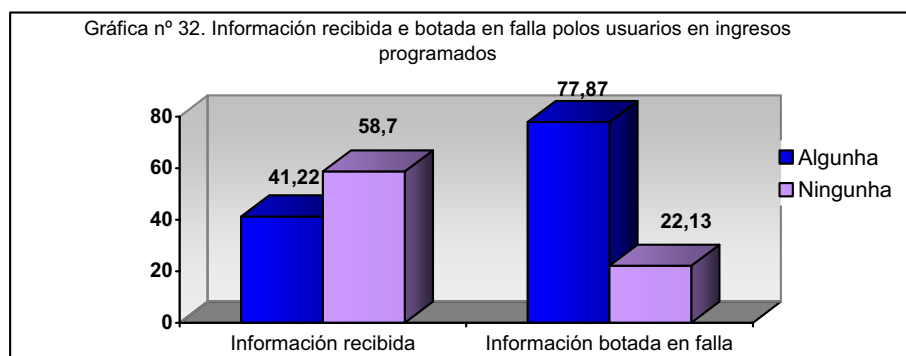
Porén, acerca dos restantes aspectos, un 41,22% dos usuarios si recibiron algún tipo de información, fronte a un 58,7% que reconece non ter recibido ningún tipo de información.

Do total de usuarios enquisados que ingresaron de maneira programada, recibiron información sobre obxectos persoais un 13,74%; un 3,81%, sobre regras e rutinas do hospital; un 22,9% sobre a documentación que tiñan que presentar; outro 22,9%, o nome do médico que se ía ocupar do seu caso; un 9,26% un número de teléfono no que preguntar as dúbidas e un 1,52%, outra información. Os índices de información son, polo tanto, moi baixos.

Do total de usuarios que non recibiron información sobre obxectos persoais (86,26%), demándana un 43,36%; do total de usuarios que non recibiron información sobre regras e rutinas do hospital (96,18%) solicítana un 35%; do total de usuarios que non recibiron información algunha sobre a documentación que debían traer consigo (77%), un 37,7% considéranla necesaria; do 77% ao que non se lle comunicou o nome do médico que se ocuparía do seu caso, un 31,6% botouno en falla; do 90,74% ao que non se lle facilitou un número telefónico onde preguntar dúbidas botouno en falla un 47% e do 98,48% ao que non lle proporcionaron outra información, considéraa necesaria un 6,2%.



Máis concretamente, respecto da información botada en falta, un 22,13% de usuarios non botou en falta ningunha información, un 77,87% si botou de menos algunha das categorías de información propostas.

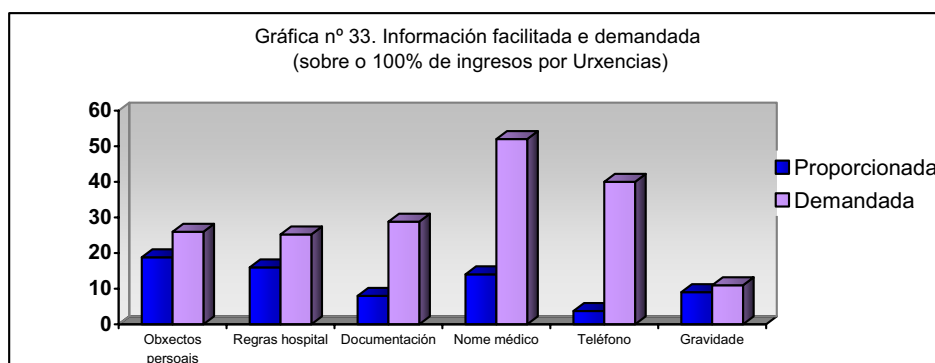


B.2. INGRESOS POR URXENCIAS

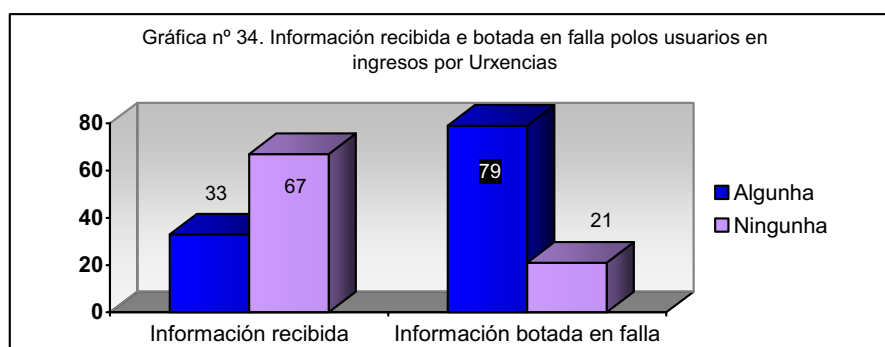
Respecto das persoas que ingresaron por Urxencias, un 67% indica que non lle facilitaron ningún tipo de información.

Do total de usuarios enquisados que ingresaron por Urxencias, recibiron información sobre obxectos persoais un 18,8%; un 16,5%, sobre regras e rutinas; un 8% sobre a documentación que tiñan que presentar; un 14,28%, o nome do médico que se ía ocupar do seu caso; un 3,7% un número de teléfono no que preguntar as dúbidas e un 9%, outra información.

Dos usuarios que non recibiron información sobre obxectos persoais que ían precisar (81,2%), un 26% considéraa necesaria; dos usuarios que non recibiron información sobre regras e rutinas (83,5%), demándana un 25,2%; dos usuarios que non foron informados sobre a documentación que debían a portar (92%), un 28,8% considéraa necesaria; do total de usuarios aos que non se lle comunicou o nome do médico que se ocuparía do seu caso (85,72%), un 52% considéranlo imprescindible; dos usuarios aos que non se lles facilitou un punto de consulta telefónico (un 96,3%), un 40% botouno en falta; do 91% ao que non lle facilitaron outra información, un 11% require información sobre o nivel de gravidade do seu estado.

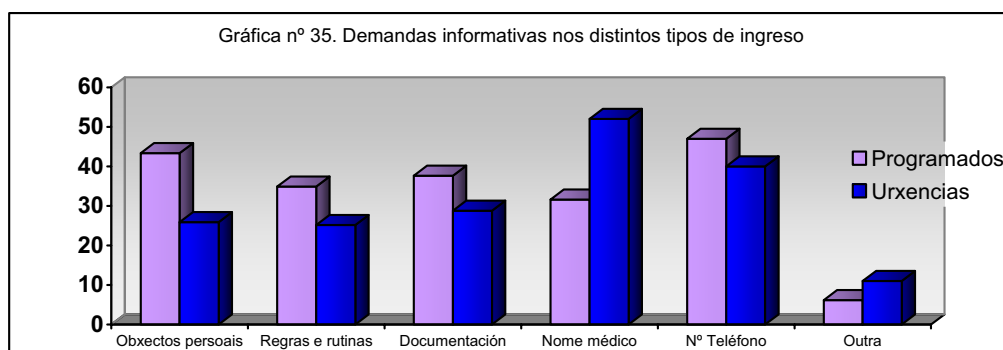


Concretamente, un 79% de usuarios que ingresaron por Urxencias botaron en falla algún tipo de información, non a demandan o 21% restante.

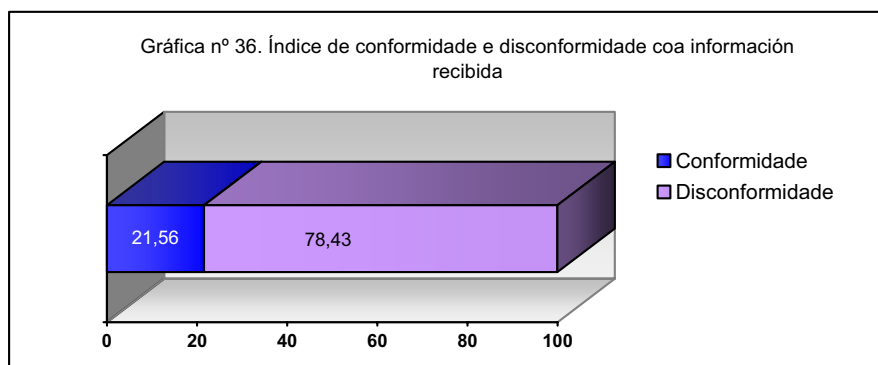


Se poñemos en relación as demandas de información nos ingresos por Urxencias e nos ingresos programados, confirmase un perfil distinto de necesidades informativas.

A necesidade dun número telefónico onde solventar dúbidas é común a ambos tipos de ingreso. Polo demais, mentres as persoas que ingresan de xeito programado demandan aspectos máis cotiás como obxectos persoais necesarios ou regras e horarios do hospital, quen ingresa por Urxencias valora máis outro tipo de información, como o nome do médico que vai levar o caso ou o nivel de gravidade detectado.



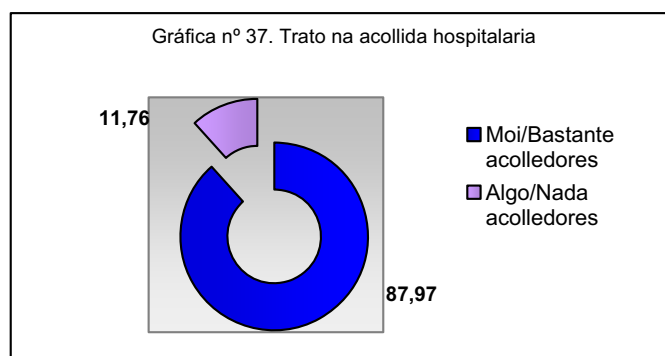
En resumo, só un 21,56% dos usuarios ingresados non botaron en falta ningunha información durante esta etapa de preingreso, mentres que o 78,43% restante botaron en falta algúns dos tipos de información xa sinalados.



2.2.2. INFORMACIÓN NO MOMENTO DO INGRESO.

A) O TRATO NA ACOLLIDA

Practicamente a metade dos pacientes (un 46,54%) consideran que foron moi amables e acolledores con eles no momento do ingreso hospitalario. Un 41,43% cree que foron bastante amables e acolledores. Un 11% cre que foron algo amables e acolledores. Un 0,76% cre que non foron nada amables nin acolledores.



B) INFORMACIÓN FACILITADA

b. 1. ¿Entregan a guía do usuario?

Só un 4% afirma ter recibido un documento con información xeral sobre o hospital (plano do hospital, instalacións, horarios de autobuses, servizos do hospital, etc.), o que habitualmente se coñece como guía de acollida ou manual do paciente.

Por outra banda e en ausencia do documento anterior, só un 27% recibiu explicacións acerca do funcionamento e das dinámicas e horarios do hospital.

b.2. ¿Entregan a carta de dereitos e deberes dos pacientes?

Só un 11% afirma que lle foi entregado un documento cos dereitos e deberes dos pacientes.

b.3. ¿Que médico se vai ocupar do seu caso?

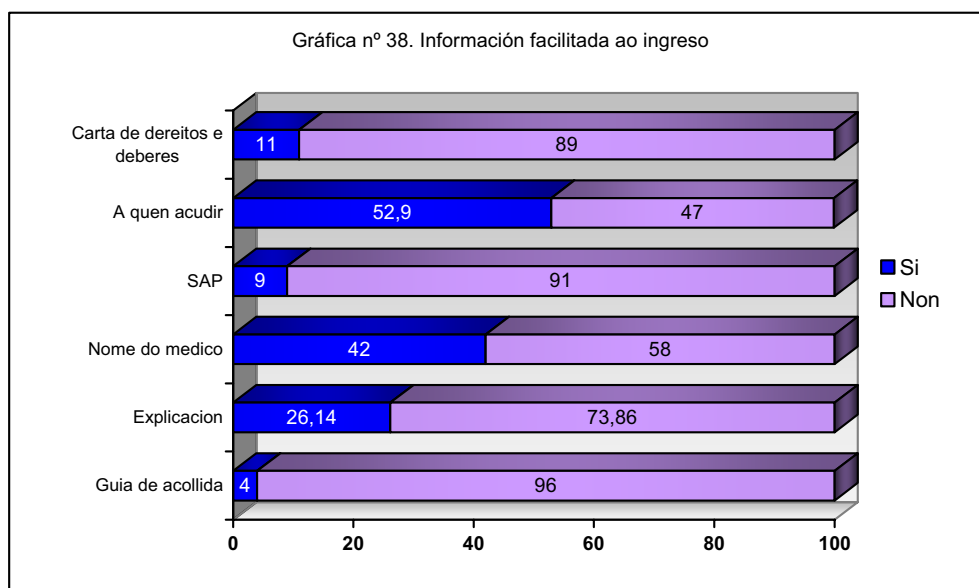
Un 42% afirma que lle dixeron o nome do médico que se ía ocupar do seu caso. Ao 58% restante non llo comunicaron.

b.4. ¿A quen se teñen que dirixir se precisan algunha cousa?

A un 52,58% indicáronlle a quen podía dirixirse en caso de precisar algunha cousa (maioritariamente, se lles dixo que tocan o timbre, ás enfermeiras ou ao control de planta), o que implica que a un 47,42% non llo comunicaron.

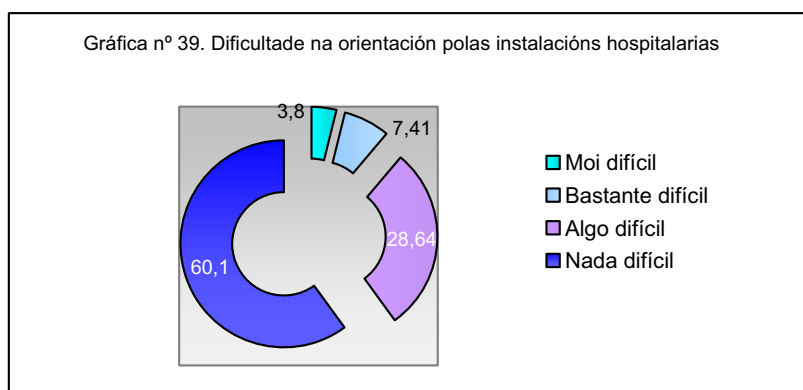
b. 5. ¿En que consiste o Servizo de Atención ao Paciente?

A un 9% explicáronlle en qué consiste o Servizo de Atención ao Paciente. Ao 91% restante non lle dixeron nada ao respecto.



b. 6. ¿Resultoulle difícil orientarse polas instalacións do hospital?

Respecto da dificultade para orientarse polas instalacións do hospital, un 60,1% considera que non lle supuxo ningunha dificultade. Un 28,64% considera que lle resultou algo difícil. Foi bastante difícil para un 7,41% e un 3,8% opina que foi moi difícil. Polo tanto, á maioría non lles resultou difícil, mentres que implicou certo nivel de dificultade para un 39,8% dos enquisados.



Por hospitais, os enquisados que amosan ter dificultades son do CHUAC (nun 23%), CHUS (21,15%), CHUVI (17,3%), CHOP (16%), CHOU (12,17%) e Xeral-Calde (10,15%). As porcentaxes están en coherencia co tamaño dos hospitais, de maneira que os tres de maior tamaño –CHUAC, CHUS e CHUVI– presentan maiores problemas para orientarse que os tres máis pequenos (CHOP, CHOU e Xeral-Calde).

2.2.3. INFORMACIÓN E TRATO DURANTE A ESTADÍA.

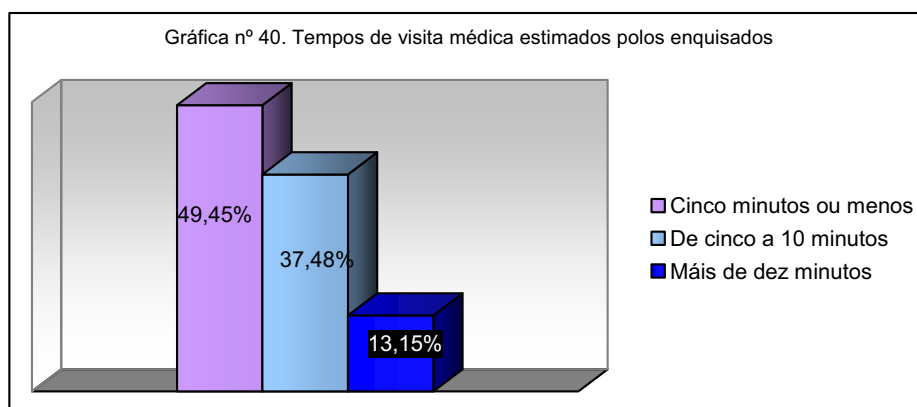
2.2.3.1. COS PROFESIONAIS MÉDICOS.

A) TRATO SOCIAL.

Nun 26,6% dos casos, os enquisados afirman que o médico non se lles presentou no seu primeiro encontro. Polo tanto, en algo menos de oito de cada dez casos, os facultativos si se presentarían ao usuario, tal e como recollíamos nas recomendacións.

O médico realiza o pase de visita diario nun intervalo de tempo, que oscila, en opinión dos usuarios, entre

- Cinco minutos ou menos (49,45%)
- Entre 5 e 10 minutos (37,48%)
- Máis de 10 minutos (13,15%)



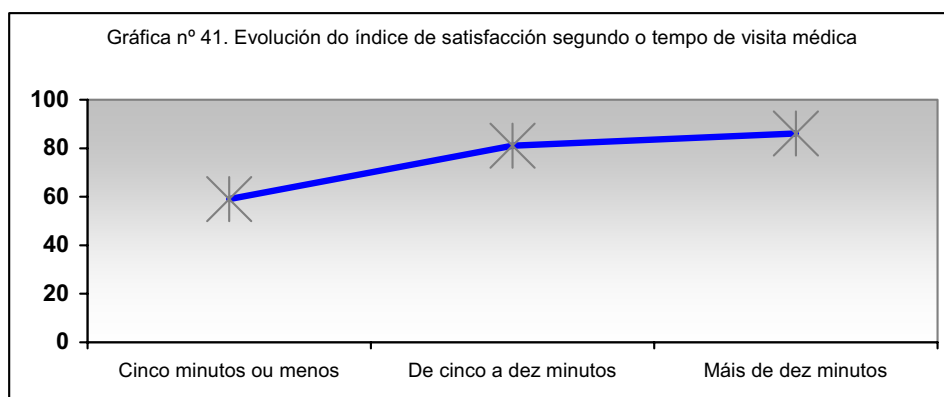
Un 66,5% de enquisados considera que o tempo de visita diario é suficiente. Non o é para o 33,5% restante. Existe, por tanto, unha considerable porcentaxe de usuarios que consideran que o tempo de duración do pase de visita médico non é suficiente.

O grao de satisfacción cos tempos de visita médica oscilan do seguinte modo:

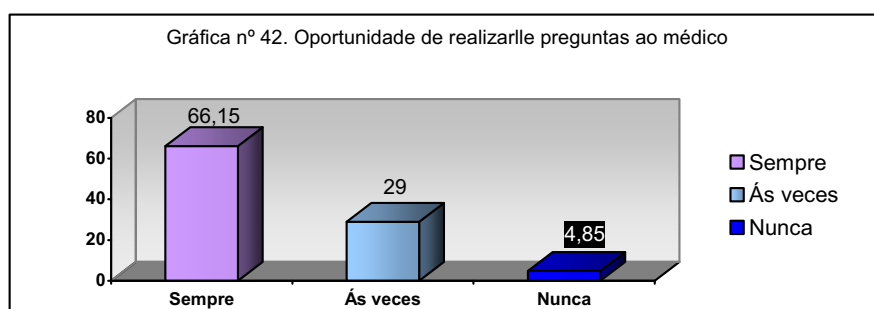
Tempos	Consideración...	
	Suficiente	Insuficiente
≤ 5'	59%	41%
6-10'	81%	18,9%
Máis de 10'	86,1%	13,8%

Táboa nº 126. Tempos de visita médica e consideración por parte dos usuarios. Elaboración propia.

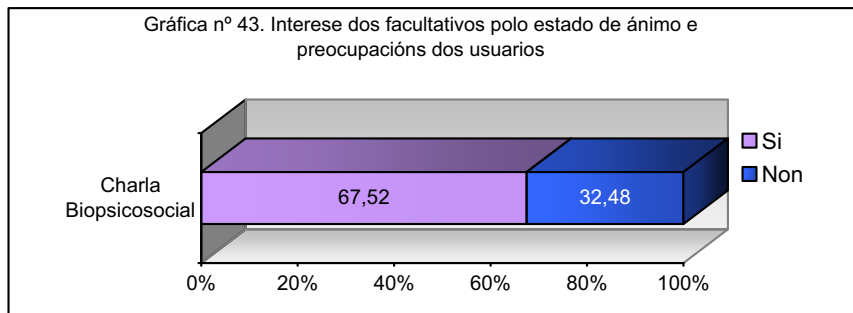
Polo tanto, existe unha clara preferencia cara a tempos de visita máis longos, sendo a principal demanda que se superen os cinco minutos de tempo medio por visita, pois é a partir de aí cando os índices de satisfacción se incrementan, aínda que non debemos esquecer que son tempos estimados, de maneira que habería que comprobar a qué corresponden eses cinco minutos de tempo estimado polo usuario.



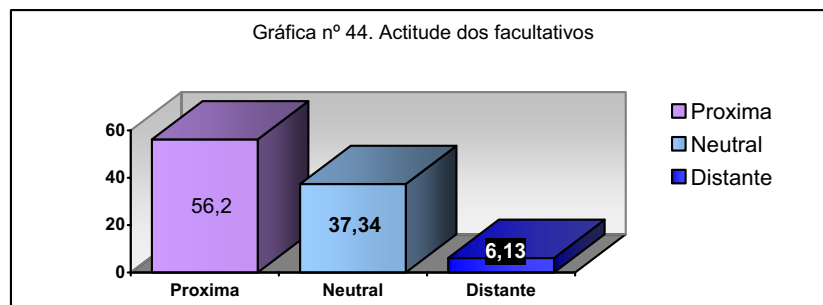
Nun 66,15% os pacientes opinan que sempre tiveron posibilidade de facerlle preguntas ao seu médico. Porén, un 29% opina que só tivo de vez en cando a posibilidade de realizarlle preguntas ao seu médico. Un 4,85 pensa que nunca tivo a posibilidade de realizarlle preguntas ao médico encargado do seu caso. Polo tanto, o 33,8% dos enquisados considera que non tiveron suficientes oportunidades de realizarlle algunha pregunta ao facultativo encargado do seu caso.



Nun 67,52% dos casos, os usuarios manifestan que o médico se interesou polo seu estado de ánimo ou polas súas preocupacións acerca da enfermidade. Porén, nun 32,48% dos casos, os usuarios opinan que o médico non se interesou polas súas preocupacións e estado de ánimo, co que existe unha considerable marxe de mellora neste senso.



Respecto da actitude do médico, os usuarios cualifican esta actitude de “próxima” nun 56,2% dos casos; a actitude é considerada “neutral” nun 37,34%; mentres que a consideraron “distante” un 6,13% dos enquisados. A maioría dos usuarios consideran que a actitude do facultativo foi próxima, pero existe un importante 43,47% que non viron esta actitude nos facultativos.



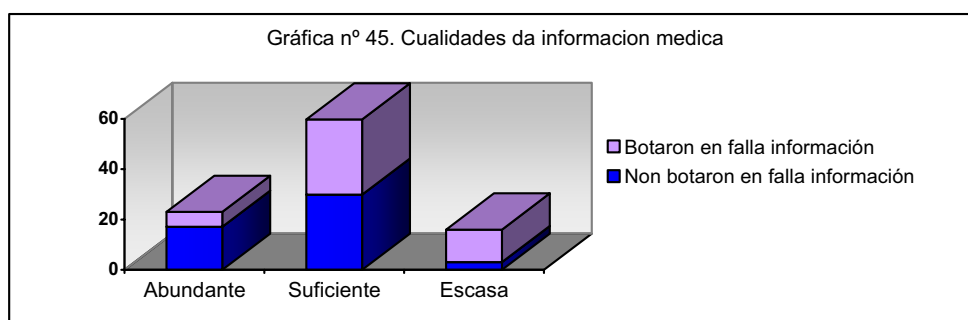
Nun 34% dos casos, o facultativo solicitoulle ao paciente o seu parecer sobre o procedemento médico que estaban aplicando ou ían aplicar. No 66% dos casos restantes, podemos concluír que os facultativos non convidaron os pacientes a esa reflexión.

B. INFORMACIÓN FACILITADA.

Por canto á información facilitada, un 91% de usuarios enquisados afirma ter recibido algún tipo de información por parte dos facultativos. A información subministrada é considerada como “suficiente” por un 59,84% dos enquisados; como “escasa” por un 16,2% e como “abundante” por un 23%.

Para vixiar unha probable tendencia por parte dos usuarios a comportarse como “bos pacientes³⁸” declarándose satisfeitos coa información proporcionada, tendo en conta que no momento de cubrir esta enquisa aínda se atopaban en contexto hospitalario, puxemos en relación a tendencia manifestada co recoñecemento de se botaron en falla algún tipo de información.

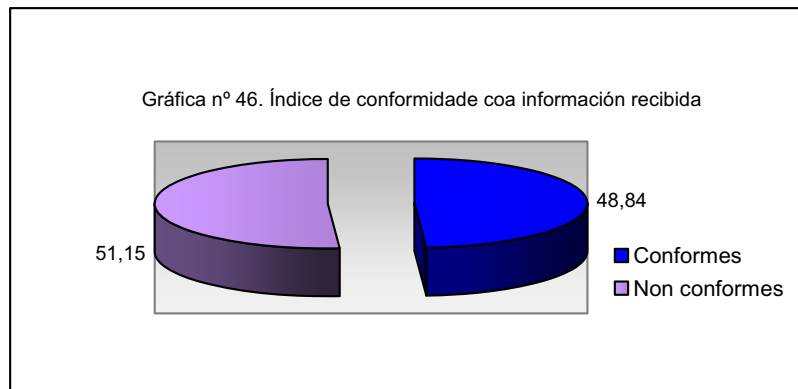
Así coñecemos que do case 60% de usuarios que cualifican de “suficiente” a información facilitada polos facultativos, a metade, un 29,92%, botou en falla algunha das categorías informativas propostas.



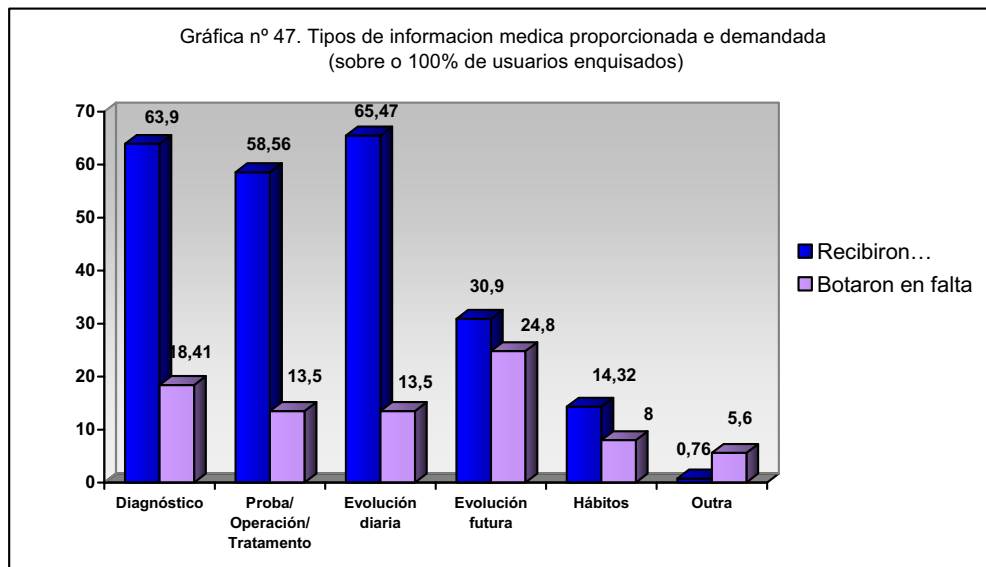
Polo tanto, podemos concluír que existe unha tendencia ao conformismo coa información facilitada polos médicos, consonte co rol que os usuarios perciben como modelo de conduta correcto no hospital –o de bo paciente- de maneira que na metade dos casos, a información proporcionada é cualificada de suficiente, aínda que os usuarios botasen en falla algún tipo de información.

De feito, a pesar do elevado índice de información recibida (91%), os datos amosan que os usuarios demandan máis información ou outros tipos de información, ademais dos que lle foran facilitados. Así, botaron en falta algún tipo de información por parte dos facultativos practicamente a metade, un 51,15% dos enquisados, mentres que pola contra, non botaron en falta ningún tipo de información o 48,84%.

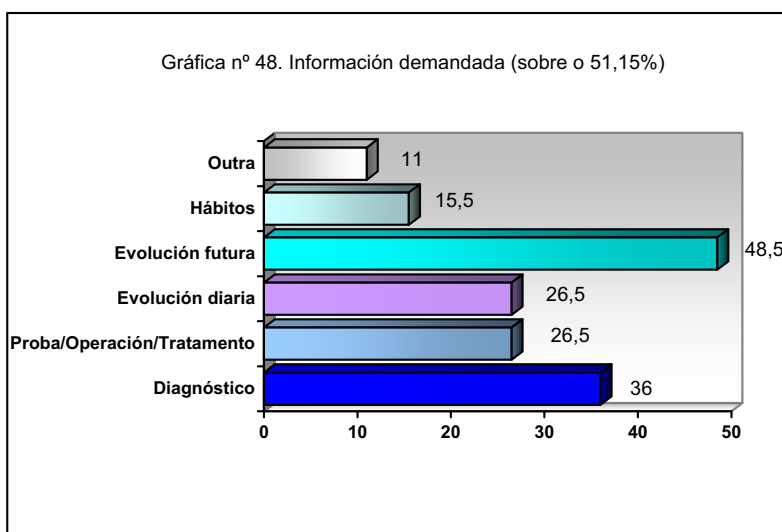
³⁸ Lembremos que o “bo paciente” é aquel que cumpre docemente as ordes do persoal e non demanda información porque pensa que así facilita o traballo do equipo hospitalario.



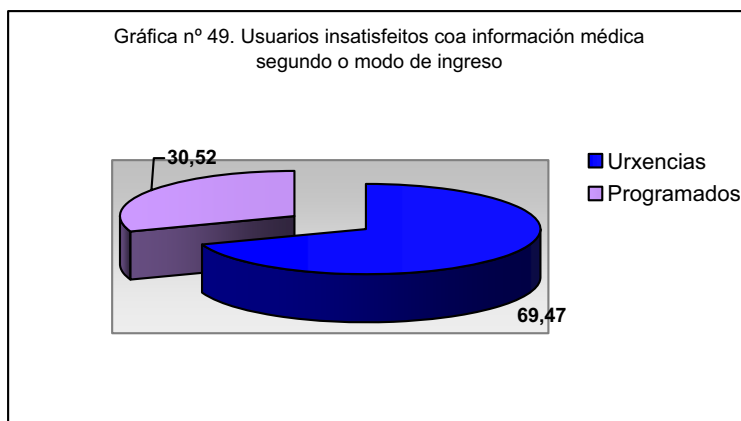
Por categorías temáticas, a información máis facilitada polos médicos é sobre a evolución diaria do paciente, sobre o diagnóstico e sobre a proba, operación ou tratamento motivo do ingreso no hospital. A información máis demandada polos usuarios é a relacionada co diagnóstico e co prognóstico (a evolución futura da enfermidade).



Do 51,15% de usuarios que botaron en falla algunha información médica, vemos como se acentúan as necesidades informativas de diagnóstico e de prognóstico.



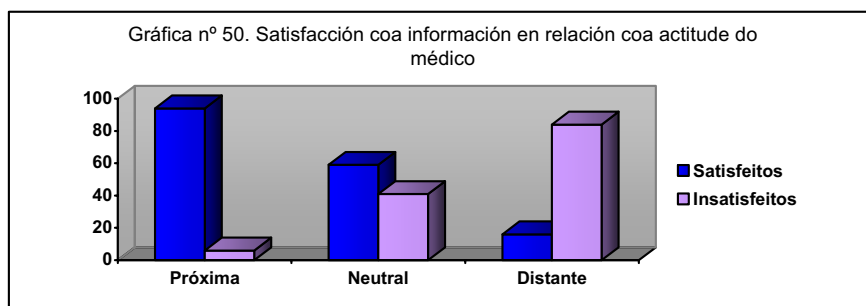
Non obstante, a tendencia expresa é a declararse satisfeito coa información facilitada. Así, un 75,7% declárase globalmente satisfeito coa información recibida por parte dos profesionais médicos. Pola contra, un 24,3% declárase abertamente insatisfeito. Dos usuarios insatisfeitos coa información médica (24,3%), a maioría (un 69,47%) ingresaron por Urgencias, mentres que un 30,52% ingresaron por ingreso programado, polo que no terreo da satisfacción coa información médica, son os ingresados por Urgencias os máis insatisfeitos.



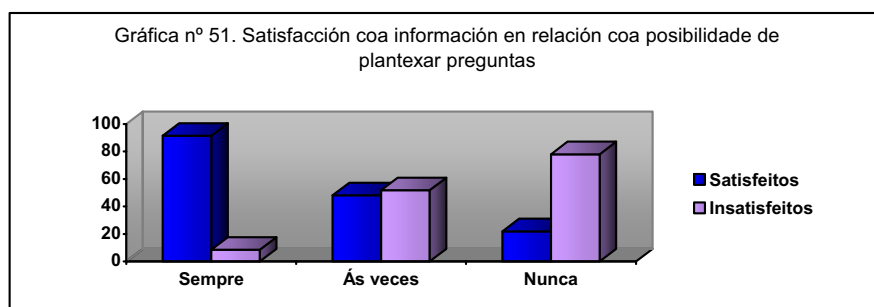
A maioría afirmou comprender axeitadamente a información proporcionada. Un 89% declara que comprendeu ben a información facilitada polo médico, mentres que o 11% restante afirma que non comprendeu ben as súas palabras. A falta de comprensión coincide coa falta de satisfacción en todos os casos.

Cabe destacar que os comportamentos comunicativos dos facultativos condicionan os índices de satisfacción coa información proporcionada, de modo que comprobamos como determinadas maneiras de relacionarse por parte dos médicos favorecen a satisfacción do usuario:

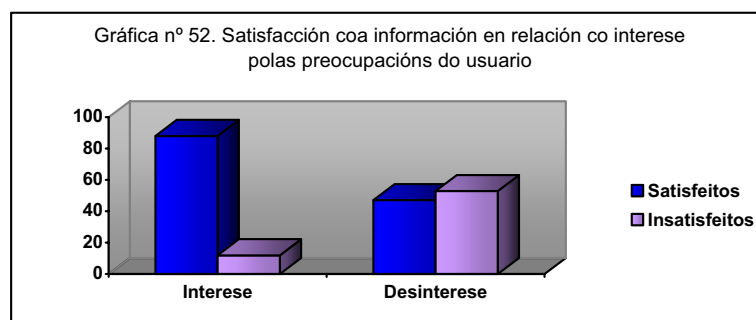
- Unha actitude de proximidade no facultativo. Nas persoas que consideran que a actitude do facultativo foi próxima, os índices de satisfacción son moi elevados (Do 94%). Das persoas que viron o médico como “neutral”, a satisfacción baixa ao 59%. Nas persoas que atoparon no médico unha persoa “distante”, a satisfacción descende ao 16%. Polo tanto, comprobamos como unha actitude de proximidade correspóndense con resultados altos na satisfacción coa información recibida.



- Considerar que sempre se lles deu a oportunidade de facer preguntas: un 91,5% dos pacientes e familiares satisfeitos sempre tiveron esa posibilidade. Se só percibiron que se lles permitiu de cando en vez, o índice de satisfacción descende ao 48,1%, mentres que se nunca puideron facerlle preguntas ao médico encargado do seu caso, os usuarios satisfeitos descenden ao 22%.



- Un médico que se interese polo seu estado de ánimo e polas súas preocupacións. Un 88% dos enquisados que percibiron o interese do médico polo seu estado de ánimo amósanse satisfeitos coa información recibida. A satisfacción descende ao 47,1% se o médico non se interesou polas súas preocupacións respecto da enfermidade.

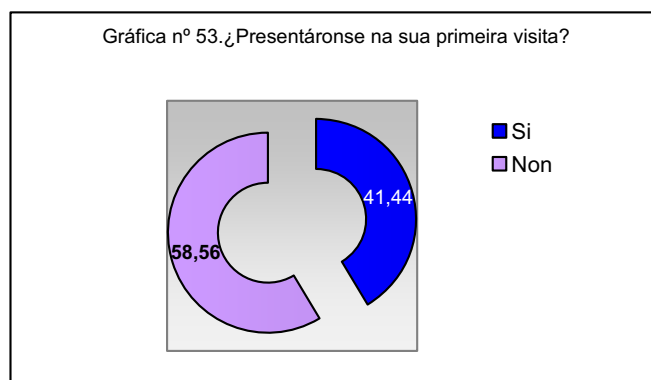


- Respecto da relación entre satisfacción e a solicitude de participación do paciente na toma de decisións sobre a súa enfermidade, os resultados indican o seguinte: Dese 34% de usuarios aos que se lle solicitou opinión sobre o procedemento médico aplicado, a maioría (92,48%) amósanse satisfeitos coa información proporcionada. Porén, se o médico non lles solicitou opinión sobre o procedemento médico a aplicar, a satisfacción descende pero mantense un alto índice de usuarios satisfeitos (67%). Isto implica que a solicitude de opinión sobre o procedemento médico a aplicar aínda non constitúe unha compoñente substancial respecto da satisfacción dos usuarios.

2.2.3.2. COS PROFESIONAIS SANITARIOS NON MÉDICOS.

A. TRATO SOCIAL.

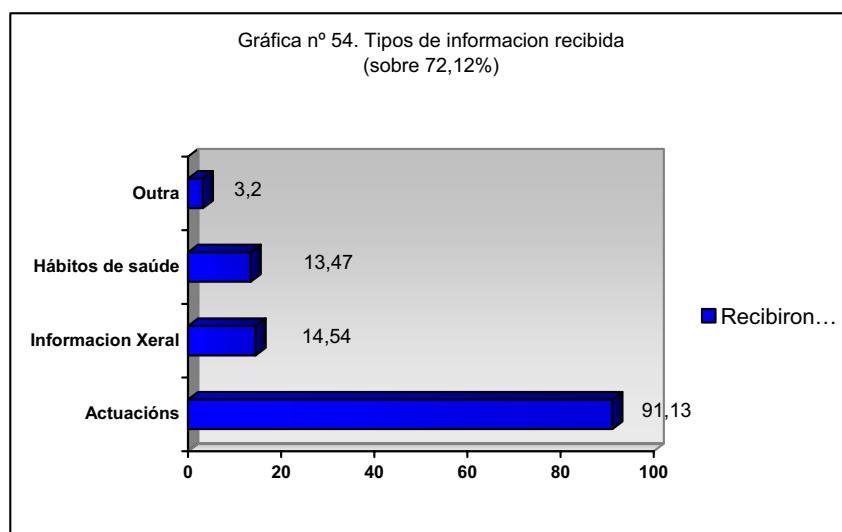
Un 58,56% dos profesionais sanitarios non médicos non se presentan a si mesmos no seu primeiro encontro co usuario hospitalizado, indicándolle o seu nome e a súa ocupación. Isto reforza o dato de que un 35,54% de pacientes e dos seus familiares considera que resulta difícil distinguir os diferentes tipos de profesionais sanitarios entre si.



B. INFORMACIÓN FACILITADA.

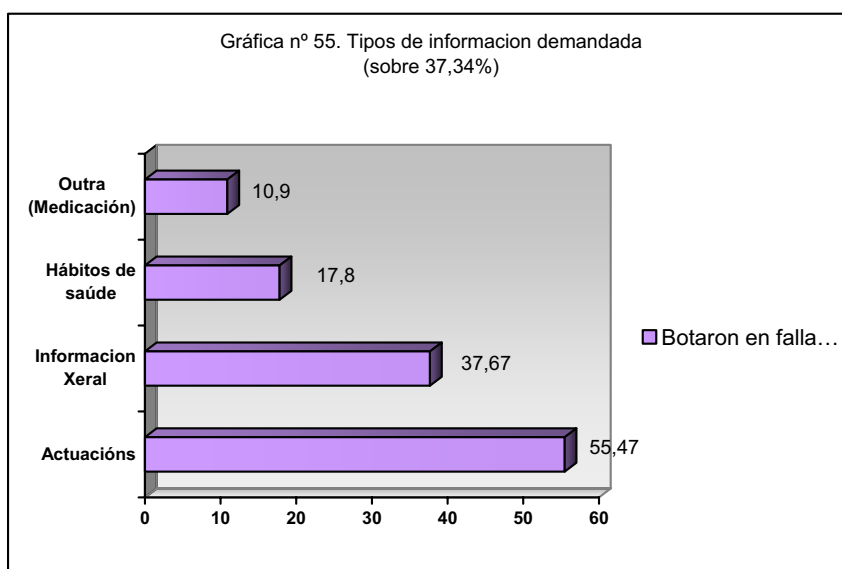
Un 27,87% dos usuarios enquisados declara que os profesionais sanitarios non médicos non lles facilitaron ningunha información, si lla facilitaron ao 72,12% restante.

Dese 72,12% de usuarios que recibiron información por parte dos profesionais sanitarios non médicos, un 91,13% recibiron información sobre as actuacións que lle ían realizar e os motivos; un 14,54% recibiron información xeral do hospital; sobre os hábitos de saúde que deberan cambiar de agora en adiante un 13,47%; recibiron outra información un 3,2% dos usuarios enquisados.

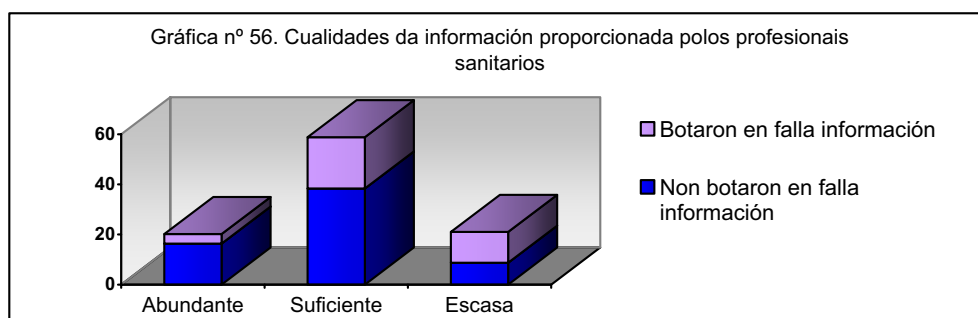


En conxunto, o 37,34% de usuarios botou en falla algunha información por parte destes profesionais. Un 62,65% dos enquisados non botou en falta ningunha información por parte dos profesionais sanitarios non médicos. Do 37,34% que botou en falla algunha información:

- ☐ Un 55,47% de usuarios botaron en falla información sobre as actuacións que lles ían realizar e os motivos.
- ☐ Un 37,67%, información xeral do hospital.
- ☐ Un 17,8% sobre hábitos saudables.
- ☐ Un 10,9%, outra información.



Un 21% consideran “escasa” a información facilitada polos profesionais sanitarios non médicos. Un 58,82% considéranla “suficiente”. É “abundante” para un 20,2%.



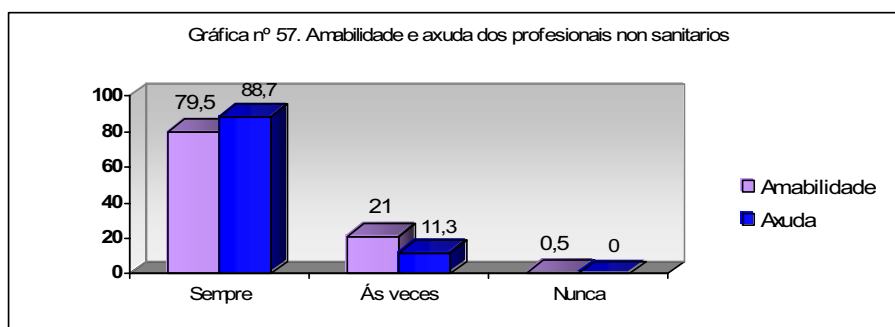
Un 21% declárase por completo insatisfeito coa información proporcionada polos profesionais sanitarios non médicos. O 79% restante declárase abertamente satisfeito. Aínda que se incrementa a información considerada como “escasa” respecto da proporcionada polos facultativos, os índices de satisfacción coa información proporcionada polos profesionais sanitarios non médicos son máis elevados, o que parece indicar que respecto da información proporcionada polos profesionais sanitarios as expectativas dos usuarios son máis baixas.

Dese 21%, un 73,17% ingresaron por Urgencias, mentres que o 26,82% restante ingresaron vía ingreso programado. Confírmase, pois, un índice de insatisfacción coa información recibida máis elevado nos ingresos por Urgencias.

2.2.3.3. COS PROFESIONAIS NON SANITARIOS.

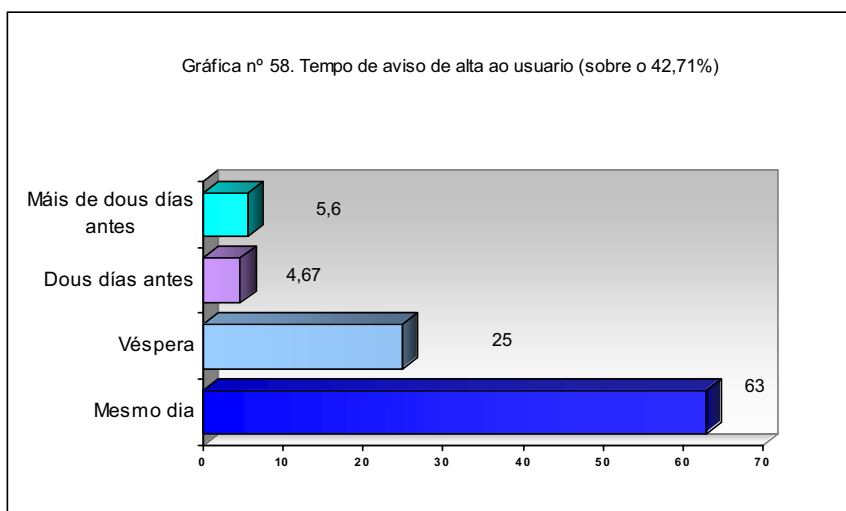
Un 21% considera que os profesionais non sanitarios foron amables só ás veces con eles. Un 79,5% considera que sempre amosaron amabilidade respecto a eles. Un 0,5% afirma que nunca foron amables con eles.

Porén, a gran maioría (o 88,7%) indica que sempre os axudaron cando requiriron da súa axuda. Un 11,3% indica que só ás veces ou mesmo nunca os axudaron cando requiriron da súa axuda.

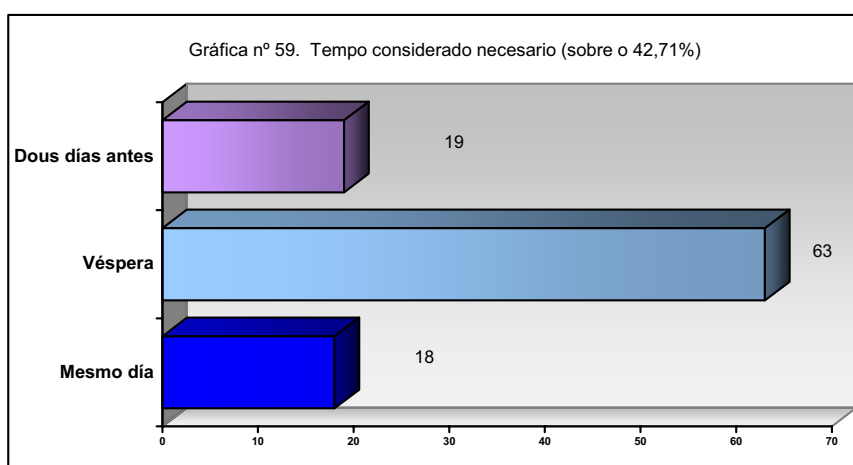


2.2.3.4. AVISO DE ALTA.

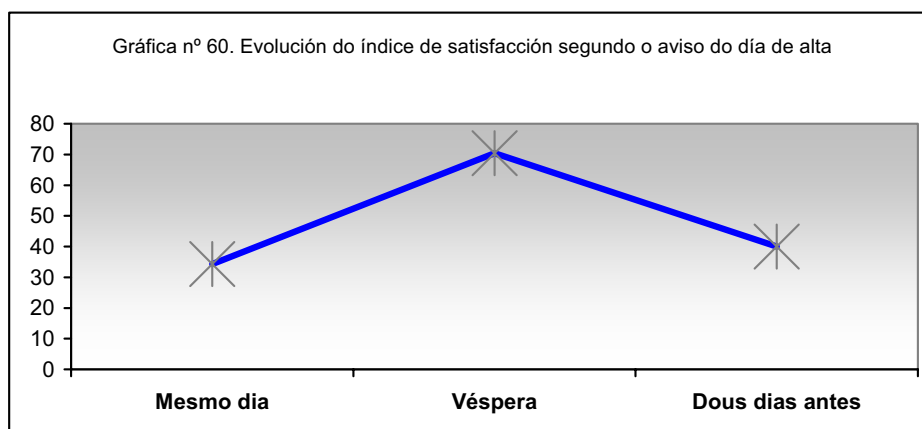
No momento de cubrir este cuestionario recibiran a alta un 42,71% de usuarios enquisados. Destes, recibiron o aviso de alta o mesmo día que debían abandonar o hospital o 63%, recibiran o aviso de alta a véspera o 25%, dous días antes o 4,67% e máis de dous días antes, o 5,6%.



A opinión maioritaria dos usuarios é que o aviso de alta debера darse a véspera, o que se contradí coa tendencia de facto a dála o mesmo día que o paciente debe marchar para a casa.



O grao de satisfacción no aviso do día da alta indica que a véspera é o que os usuarios consideran como tempo axeitado para recibir o aviso de que ao día seguinte poderán marchar para a casa, pois é onde maior grao de coincidencia hai entre o tempo desexado e o de facto.



2.3. CONCLUSIÓN.

O estudo cuantitativo realizado permítenos expoñer unha serie de conclusións, que se irán intercalando coas declaracións textuais dos participantes no grupo de discusión celebrado o día 12 de Novembro de 2008 nunha aula do Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Os participantes foron pacientes ou familiares de pacientes que pasaran recentemente ou estaban a pasar pola experiencia da hospitalización. Describimos, brevemente, as características dos participantes:

M1, muller, entre 30 e 35 anos. Ingresada nos últimos seis meses.
M2, muller, entre 40 e 45 anos. Enferma crónica.
M3, muller, entre 40 e 45 anos. Familiar. Primeiro ingreso.
H1, home, entre 25 e 30 anos. Familiar. Primeiro ingreso.
H2, home, entre 35 e 40 anos. Accidente laboral. Primeiro ingreso.

Os obxectivos do grupo de discusión eran os de afondar nos seguintes temas:

- Coñecer a valoración dos participantes da comunicación recibida durante o proceso de hospitalización: ¿Qué fai que perciban a experiencia comunicativa como boa ou mala?
- Coñecer as carencias informativas/ comunicativas percibidas respecto de:
 - Información facilitada.
 - Trato co médico.
 - Trato con outros profesionais sanitarios.
- Coñecer a necesidade de información por escrito.
- Coñecer as dinámicas comunicativas/informativas na alta hospitalaria

Polo tanto, iranse intercalando as porcentaxes do estudo cuantitativo coas reflexións dos usuarios, pacientes e familiares de pacientes, co que se pretende enriquecer e acompañar o estudo cuantitativo dunha visión cualitativa sobre o proceso comunicativo que experimentan os usuarios no hospital.

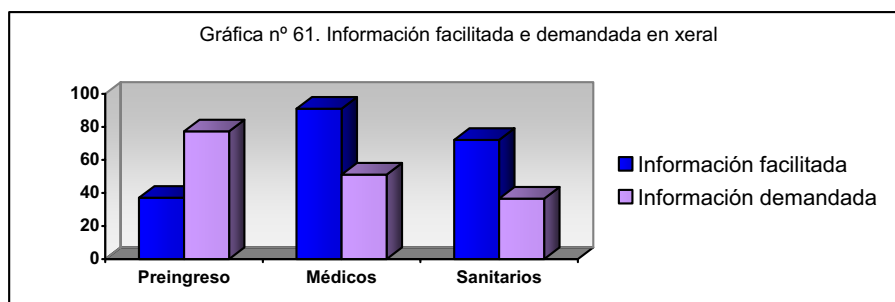
0. Hipóteses confirmadas e refutadas

A **hipótese principal 1**, que indicaba que

O usuario non ve colmadas as súas expectativas de información ao longo do proceso de hospitalización.

Foi confirmada ao comprobarse que:

- Existen uns índices de información botada en falta elevados, nos distintos aspectos nos que se lles inquiriu aos usuarios. Os máis elevados atópanse na etapa de preingreso, seguidos da información médica e en último lugar da información dos profesionais sanitarios non médicos. Os índices de información facilitada indican que os médicos proporcionan o índice máis alto de información (91%), mentres que os índices máis baixos se atopan na etapa de preingreso (37,11%).



- Aos usuarios non se lles está a entregar a guía de acollida do centro, nin a Carta de dereitos e deberes. De feito, non se lles entregou a Carta de Dereitos e Obrigas, nin a Guía do usuario, nin se lle explicou de palabra a dinámica de horarios e de funcionamento do hospital a un 64,9% dos usuarios.
- Os usuarios declaran que a información médica recibida é suficiente (59,84%), ou abundante (23%) pero demandan máis información nun 51,15% dos casos.
- O usuario mellora a satisfacción coa información médica, se esta está acompañada de determinados comportamentos comunicativos dos facultativos.

Ter a posibilidade de realizarlle preguntas ao médico, que este se interese polas súas preocupacións, ou que manteña unha actitude próxima son comportamentos comunicativos que incrementan os índices de satisfacción dos usuarios.

A **hipótese principal 2**, que partía da intuición de que

Existen aspectos a mellorar no trato que recibe o usuario dos distintos profesionais que traballan no hospital.

Foi confirmada, ao atoparse amplos marxes de mellora nos seguintes aspectos de trato ao usuario:

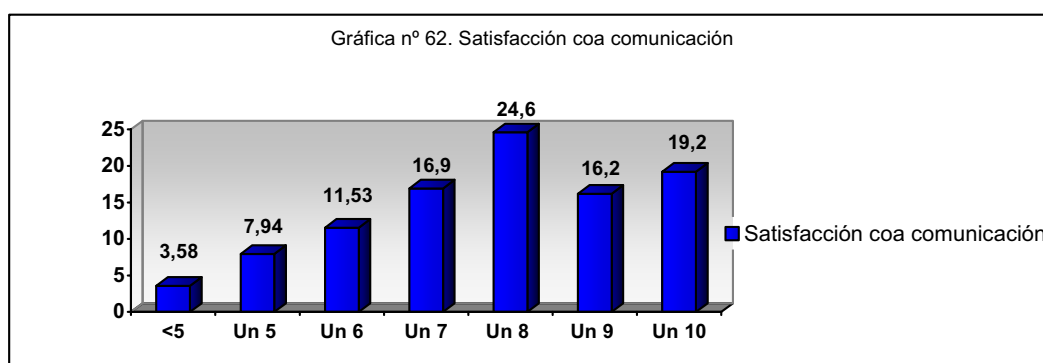
- Nun 26,6% dos casos, o médico non se presenta no primeiro encontro co usuario.
- Un 32,48% de usuarios consideran que os profesionais médicos non se interesaron polas súas preocupacións e inquedanzas respecto da enfermidade.
- Nun 33,5% dos casos o usuario percibe como insuficiente o tempo do pase de visita médico diario.
- Nun 43,47%, o persoal médico non mantén unha actitude próxima co usuario hospitalizado.
- En máis da metade das ocasións (58,56%), o persoal sanitario non médico non se presenta.
- Nun 35,54% dos casos, aos usuarios resultoulles difícil distinguir que tipo de persoal sanitario o estaba a atender.
- Respecto do persoal non sanitario, a marxe de mellora está na amabilidade cos usuarios, pois hai un 21% de usuarios que non consideran que fosen amables con eles nalgúns das ocasións que requiriron da súa axuda.

Podemos confirmar polo tanto, que os usuarios non ven plenamente satisfeitas as necesidades informativas que experimentan ao longo do tempo de hospitalización –con especial incidencia na etapa de preingreso- e que existen importantes marxes de mellora no trato ao usuario por parte dos distintos colectivos profesionais do hospital.

1. A satisfacción coa comunicación sitúase no notable

Os usuarios que pasaron pola experiencia da hospitalización cualifican cun notable de media o grao de satisfacción coa estadía (7,85) e cunha nota semellante, aínda que lixeiramente inferior (7,73) a satisfacción coa comunicación mantida co persoal do hospital.

A maior parte dos usuarios enquisados (un 41,5%) decantáronse por un notable (notas de 7 e 8); un 35% por un sobresaínte (notas de 9 e 10) e o 23% restante outorgaron un aprobado ou menos (notas de 6, 5 e menos de 5). A moda está nun 8.



Existe, polo tanto, un marxe de mellora, segundo a opinión dos usuarios enquisados, por canto á satisfacción coa comunicación mantida cos profesionais do hospital.

As variables contextuais condicionan, como se ten amosado, o grao de satisfacción:

- Por idade, compróbase como os usuarios de maior idade amosan un grao de satisfacción maior como adoita ser habitual (Santiñá et al. 2004).
- Por xénero, as mulleres téñense amosado tamén máis críticas e activas que os homes respecto da información recibida.
- O nivel de estudos tamén está relacionado co nivel de satisfacción, de maneira que un nivel de estudos máis alto implica un maior nivel de esixencia. Isto debería terse en conta porque a tendencia é a que as novas xeracións de usuarios dos hospitais teñan un maior nivel de estudos.

Segundo a vía de ingreso, son os ingresados por Urgencias os que apuntan a cualificacións máis baixas, fronte aos ingresos programados, o que tamén debe terse en conta á hora de mellorar a comunicación hospitalaria³⁹.

2. Entre 4-6 días e unha semana, tempo ideal de aviso para o ingreso

Os usuarios precisan prepararse para o ingreso hospitalario e iso é sinónimo dun certo tempo de antelación. Por iso, prodúcese esa diferenza entre os tempos “de facto” no aviso de ingreso e os tempos desexados: as franxas de opinión máis amplas apuntan aos 4-6 días e unha semana como período previo necesario, mentres que máis dunha semana é considerado demasiado tempo (e baixan os índices de conformidade).

Segundo explican Rodríguez e Zurriaga (1997), unha das características formais de situacións potencialmente ameazantes é a impredictibilidade, de modo que cando temos algunha sorte de aviso de que algo ameazante ou doloroso nos vai ocorrer tal acontecemento apréciase como menos estresante, ben porque permite a posibilidade dun afrontamento anticipatorio (hipótese da resposta preparatoria), ben porque proporciona ao suxeito informes de canto están a salvo do estresor (hipótese da sinal de seguridade). Por outra banda, canto máis inminente é este acontecemento, máis intensa se torna a súa valoración.

Os hospitais (ou os seus Servizos de Admisión) deberían valorar as opcións das que dispoñen para “romper” a vida do usuario da forma menos brusca posible, é dicir, de xeito menos inminente e impredicible. Deste modo, o nivel de incertidume no usuario veríase reducido e o paciente tería unha marxe temporal suficiente para prepararse de cara ao seu próximo ingreso no hospital. Neste senso, estáselle permitindo ao usuario unha resposta máis activa ante a hospitalización porque pode exercer un maior control (informativo, comportamental e decisional⁴⁰) sobre o seu proceso.

³⁹ “La poca información que se facilita en Urgencias recibe la peor nota del usuario”, *La Vanguardia*, 15/02/2007.

⁴⁰ Segundo as tres posibles formas de control psicolóxico establecidas por Averill (1973).

3. Na etapa de preingreso é onde máis usuarios mostraron necesidades informativas non cubertas. Dispor dun número de teléfono e coñecer o nome do médico son os aspectos máis demandados

A información que se facilita no aviso de ingreso, en opinión dos usuarios, non resulta suficiente. Así o demostran as diferenzas entre información recibida e información desexada nos ítems sinalados e o feito de que practicamente o 80% dos usuarios ingresados por Urxencias e Aviso previo sinalasen que botaron en falla algunha clase de información.

Como se ten amosado (Williams et al. 2008), ofrecer información ao usuario contribúe a incrementar o seu nivel de coñecemento, o que condiciona a súa percepción persoal de control.

No caso dos usuarios que accederon ao hospital vía ingreso programado, a información sobre horarios e regras internas do hospital, sobre os obxectos persoais que van precisar así como un número de teléfono ao que dirixirse para consultar as dúbidas son os elementos máis demandados e nos que o desfase entre información recibida e desexada é superior.

Tal e como se recollía na Guía SEAUS (2000), a información previa ó ingreso debe contemplar: a hora, o servizo, o que o paciente precisa levar, os aspectos organizativos do centro, como horarios, visitas, recomendacións e normas e plano do hospital.

No caso dos ingresos por Urxencias, para os usuarios cobran relevancia o nome do médico que vai levar o seu caso, o motivo do ingreso (o seu nivel de gravidade), así como o número telefónico ao que os familiares poidan dirixirse para preguntar polo paciente.

A necesidade dun número de teléfono ao que acudir en caso de precisar máis información coincide cunha das recomendacións dadas para xestionar adecuadamente a comunicación durante unha crise: a de emprazar os receptores a un novo contacto informativo nun prazo de tempo concreto (García Álvarez, 2007). A similitude é lóxica tendo en conta que a enfermidade non deixa de ser unha crise persoal.

Na Guía SEAUS (2000), recomendábase asimesmo que na área de Urxencias se establecese un punto de información que fose o nexo de unión entre os familiares e o paciente, procurando atenuar as posibles situacións de incertidume ou angustia.

Polo tanto e á vista da demanda dun teléfono informativo, debería valorarse a opción de establecer un punto informativo telefónico pensado exclusivamente para os ingresos hospitalarios.

4. No momento de ingreso non se entrega información útil para o paciente

Segundo manifestan os pacientes, maioritariamente non se lles está a entregar información de utilidade no momento do ingreso: nin a Carta de Dereitos e Deberes do Paciente (89%), nin a Guía do Usuario (96%), nin se lles explica en qué consiste o Servizo de Atención ao Paciente (91%). Tampouco se lles di quen será o médico que leve o seu caso (58%) e nunha ampla porcentaxe non se lles indica a quen acudir en caso de precisar algunha cousa (47%).

Segundo establece a Lei 41/2002 (Art. 12 e 13) os servizos de saúde disporán nos centros e servizos sanitarios dunha guía ou carta dos servizos na que se especifiquen:

- Os dereitos e as obrigas dos usuarios
- As prestacións dispoñibles
- As características asistenciais do centro ou do servizo, e as súas dotacións de persoal, instalacións e medios técnicos.
- Información sobre as guías de participación e sobre suxestións e reclamacións.

Os hospitais deben facer chegar a súa guía de servizos ao usuario. Segundo o Manual de acreditación de organizacións e prácticas sanitarias da Generalitat Valenciana (2004), un dos criterios de calidade necesarios para lograr a acreditación consiste en:

“Todo paciente atendido por la organización recibe una guía donde se especifican sus derechos y deberes, el acceso al centro, la cartera de servicios y las normas de funcionamiento del mismo”.

Por canto aos dereitos e obrigas dos usuarios, aínda que esta información estea visible nalgún dos espazos do hospital, para que o paciente repare nela con certo detemento sería conveniente que a tivese ao alcance da man de xeito que puidese irse familiarizando con eles. Isto forma parte da educación sanitaria dos pacientes.

A Guía SEAUS (2000) establece como criterios de calidade referidos aos dereitos e as obrigas dos usuarios os seguintes:

- Exposición da Carta de dereitos e obrigas en cada un dos centros e/ou servizos.
- Realización de actividades de formación para os profesionais.

- Entrega da Carta de dereitos e obrigas no momento de asignar médico por primeira vez ou de ingresar nun centro hospitalario⁴¹.

A forma máis fácil é que os dereitos e deberes se integren na guía do hospital e que se lle entregue unha a cada usuario.

O mesmo acontece co Servizo de Atención ao Paciente. O hospital debe dar a coñecer dende o primeiro momento a existencia deste departamento para que os usuarios saiban que existe, onde está situado e cal é a súa actividade concreta, algo que tamén pode figurar no manual do paciente.

No referente á alta porcentaxe de enquisados aos que non se lle dixo a quen acudir en caso de precisar algo, é unha cuestión de aportarlle seguridade ao usuario e de facelo sabedor de que non está só.

Segundo todos estes datos, o paciente ingresa descoñecendo:

- ☐ O entorno hospitalario: Cales son os servizos do hospital, os horarios, a súa ubicación exacta e outra información de utilidade.
- ☐ Os seus dereitos e obrigas como paciente.
- ☐ A existencia dun departamento de atención ao usuario.
- ☐ O nome do médico que se vai ocupar do seu caso.
- ☐ A quen acudir en caso de precisar algunha cousa (en menor medida).

Segundo Vilagrasa (1991), a acollida é a etapa na que se lles daría a coñecer aos usuarios aspectos da organización que lle farían a estadía máis segura e comfortable. Os datos amosan que falta información nunha das tres necesidades informativas identificadas nos usuarios, concretamente: Necesidades de información vinculadas co proceso organizativo e os seus principais procederes asistenciais (Zas Ros, 2004: 74).

5. Os usuarios perciben amabilidade e bo trato na acollida

Por canto ao trato recibido, maioritariamente, os pacientes e familiares cualifican de moi e bastante amable a súa acollida en planta. Ao 90% acompañáronos á habitación e só houbo un 5,37% aos que non acompañaron e lles gustaría que o tivesen feito.

⁴¹ O subliñado é meu.

6. Os comportamentos comunicativos dos médicos condicionan a satisfacción coa información recibida por parte do usuario

As respostas dos usuarios dan a entender que os facultativos están a descoidar aspectos de trato (de relación) co usuario. Para comezar, un 33,5% de enquisados considera que o tempo de visita diario resulta insuficiente.

M3: No te da tempo ni a preguntarle más, eh? Nosotros, ayer, ya le miró los pies y ya va con el siguiente... y ya le íbamos a preguntar cuando nos daba el alta, y ya no te da tiempo, ya sigue al siguiente, o sea que...

Segundo o Manual de acreditación de organizacións e prácticas sanitarias da Generalitat Valenciana (2004):

“La organización debe establecer que, independientemente del tiempo requerido por los profesionales para la evaluación diaria, los pacientes tendrán derecho a un tiempo de información adecuado donde se explicará su situación, evolución y tiempo probable de permanencia en el centro.”

Ademais, dous de cada dez (26,6%) non se presentan no primeiro encontro co paciente. Cabe resaltar, asimesmo, que un 2,5% se queixou de que cada día o atendeu un médico distinto, o que dificulta en gran medida o feito de establecer unha relación, así como un proceso informativo continuado. Outro dos principios da comunicación de crise é o de ter un interlocutor único, é dicir, unha única voz que transmita a información evitando así contradicións. En palabras de Ros (2001: 73-74), unha única fonte de información garante unha comunicación clara e coherente.

M2: O tema de ginecología é un tema, que cada vez te trata seu médico, nunca tes un médico fijo. Nunca. E incluso despois da operación, cada día tamén revisa un médico, entón tampouco xa che explican moito porque cada día que vés pois preguntache como vas... Ou se paran a ler o historial todo, ou senón tampouco te poden informar moito porque non....

Ademais, en máis de tres de cada dez casos os facultativos non se interesaron polas preocupacións e inquedanzas do usuario acerca da enfermidade (32,48%). Catro de cada dez (43,47%) mantiveron unha actitude neutral ou distante cos pacientes. Tres de cada dez non lles brindaron a posibilidade de facerlle preguntas con plena dispoñibilidade (33,8%).

As recomendacións revisadas na parte teórica, pola contra, son favorables a uns comportamentos comunicativos distintos:

- Segundo o Libro de Estilo do Servizo Andaluz de Salud (2003), o médico responsable dun paciente debería presentarse persoalmente (nome, apelidos función) ós usuarios (pacientes e/ ou acompañantes) na primeira visita. Igualmente, debería facelo o persoal de enfermería responsable da atención (art. 26).
- Por outra banda, segundo os consellos aportados por Travaline et al. (2005) e Barbero (2006), para que exista un bo entendemento entre médico e paciente, o médico debería ir máis alá da praxe clínica, identificar as preocupacións do paciente e tentar darlles resposta. En opinión de Merino Llorente (2004), para mellorar a comunicación co paciente, entre outras medidas, recomenda: facilitar a expresión dos sentimentos evitando que se produza desbordamento emocional e potenciando a sensación de confianza.
- O feito de animar os pacientes a realizar preguntas é un dos elementos que compoñen a comunicación centrada no paciente (Borrell, 2004) e ten como obxectivo proporcionarlle ao paciente a información que considere de relevancia.
- Por canto á actitude do médico, segundo explica Borràs (2004), a mellora física dos pacientes derívase dunha combinación de factores cognitivos e emocionais: os médicos que xeran nos seus pacientes a expectativa de que pronto se van atopar mellor, establecendo con eles unha relación cálida, empática e cordial, son máis eficaces que os médicos que manteñen un trato impersoal, formal ou incerto. Segundo explica Barbero (2006), fronte ao medo da sobreimplicación, a experiencia amosa que canto máis se implica o profesional menos se queima porque se sitúa ante un suxeito ante quen reconece signos, síntomas e disfuncionalidades, pero tamén capacidades, estratexias e valores.

As declaracións dos pacientes reforzan a preferencia por unha actitude de proximidade nos médicos:

M1: Tengo varias enfermedades y tengo que ir a médicos distintos. Entonces, sí, alguna vez he encontrado más calor humano, pero en general he notado mucha frialdad. Yo no creo que hable nunca bien de los médicos, en cambio estoy aquí viva gracias a ellos, pero no sé, no... Y en ocasiones sí he encontrado algún médico que lo he notado cercano, pero en general no. No sólo lo técnico, no? Que ellos tienen que tener una sabiduría para saber curar no?, pero esa parte humana, creo que tendrían que darle más valor y no creo que se lo den. Entonces, parece que están en un pedestal, que hay mucha distancia entre tú y ellos.

H1: Yo creo que tienen una visión desde fuera. Tú estás aquí y ellos están aquí arriba y, a partir de ahí, hacen así, pero nunca están aquí (*hace un gesto con las manos, colocando una mucho más arriba que otra y luego acercándola un poco, pero colocándola algo más arriba, sin llegar a estar al mismo nivel*).

Segundo explica Rodríguez Marín (1995), os aspectos afectivos da conduta do profesional inciden na comunicación médico-paciente.

“Los aspectos afectivos de la conducta del profesional también son importantes. Sobre todo, la sensibilidad, el calor y la preocupación por sus problemas que el paciente puede percibir a través de la conducta del profesional que lo trata.” (Rodríguez Marín, 1995: 141).

Como se amosou en estudos anteriores (Stewart, 1995; Williams et al, 1998; Clever et al, 2008), a satisfacción aparece relacionada con determinados comportamentos comunicativos dos médicos, neste caso: coa posibilidade do paciente de facerlle preguntas ao facultativo; co interese que este manifeste pola dimensión biopsicosocial da enfermidade; e cunha actitude de proximidade no médico que o atende.

7. Prognóstico e diagnóstico, a información médica máis demandada

A evolución diaria (65,4%), o diagnóstico (63,9%) e a proba, operación ou tratamento motivo do ingreso hospitalario (58,56%) son os aspectos dos que máis información recibiron os usuarios.

Do que menos aseguran ter recibido información os usuarios enquisados é sobre prognóstico e sobre os hábitos pouco saudables que deberían modificar de agora en adiante. Porén, os aspectos de diagnóstico (18,41%) e a evolución futura da enfermidade (24,8%) constitúen as categorías de información máis botadas en falla polos pacientes.

Segundo explica Maestro Hernández (2004), os profesionais subestiman a importancia da información de diagnóstico e prognóstico e sobreestiman a importancia da información sobre o

tratamento, aínda que iso non conduza a dar unha información consistente e completa sobre os fármacos que usan.

“Los pacientes, por el contrario, desean tener información sobre el diagnóstico, el pronóstico y las causas de la enfermedad” (Maestro Hernández, 2004: 59)

8. A metade dos usuarios bota en falla algunha categoría de información médica. Algo menos de un de cada catro declárase insatisfeito

O feito de que un 51,15% dos usuarios botase en falla algunha das categorías de información implica que na metade dos casos as demandas ou necesidades informativas dos usuarios non están sendo plenamente cubertas. Na revisión realizada por Kiesler et al. (2006) dos estudos que abordaron as coincidencias entre a información recibida e a desexada, establecíase que, de media, un 52% de pacientes ven infravaloradas as súas necesidades de información.

“Igualmente, hay diferencias importantes entre la cantidad de información que el paciente desea obtener y la que el profesional está dispuesto a dar. Una gran proporción de pacientes se quejan de que no reciben bastante información por parte de aquellos que los tratan”. (Rodríguez e Neipp, 2008: 173).

Tampouco hai que desbotar que practicamente un de cada catro enquisados se declarase insatisfeito coa información proporcionada polos médicos.

Isto implica que os facultativos deben animar os pacientes a facer preguntas e sondear intermitentemente as súas preocupacións sobre a enfermidade para non deixar que as necesidades informativas dos usuarios pasen desapercibidas.

9. Aos usuarios resúltalles difícil identificar os profesionais sanitarios non médicos

Os profesionais sanitarios non médicos non se presentan ao usuario indicándolle o seu nome e a súa ocupación no hospital (58,56%).

Isto dificulta a identificación por parte do usuario de quen o está a atender en cada momento. De feito un 35,54% declara ter dificultade na identificación dos distintos profesionais sanitarios non médicos.

M1: Yo soy de Bilbao y allí... he notado al venir aquí que es un caos. Allí, sí hay distinción por el traje, sabes si estás hablando con un ATS, con una enfermera, con un médico... sin embargo, llegué aquí y... no sabía con quien hablaba, vamos. Y entre los que están en prácticas y tal...

Recordamos que, en opinión de Gallar (2005), os profesionais sanitarios deberían presentarse como profesionais á súa disposición que pretenden facerlle a hospitalización agradable e axudarlle en todo canto poidan; dirixiranse ó paciente presentándose e indicando quen son e amosando interese pola súa persoa.

Segundo explica García González (2009), calcúlase que poden entrar nunha habitación do hospital ao redor de once ou doce persoas ao día, mentres que o paciente só ten identificadas a dúas ou tres, o que percibe como unha invasión da súa intimidade.

10. Maior expectativa de información no caso dos médicos que dos outros profesionais sanitarios

Un 37,34% de enquisados botou en falla información por parte dos profesionais sanitarios non médicos. A información relativa ás actuacións que lle ían realizar ao usuario e a información xeral sobre o hospital son as dúas demandas principais.

Tal e como explicaba Gallar (2005), habería que explicarlle ao usuario en qué consiste cada unha das manobras diagnósticas e terapéuticas ás que o paciente vaia sendo sometido, algo que non se fai en dous de cada dez casos.

M3: Incluso un día coa grúa, claro non lle explicaron que era, entón ela se puxo, pero, me tiveron que chamar a min a fóra para que fora a tranquilizala. Se lle dixeran, mira vámoste poñer unha grúa e ela nunca vira tal cousa, pois é que se puxo, pero...

A pesar de que un 21% considera escasa a información facilitada por este colectivo, o índice de satisfacción é máis elevado respecto da información proporcionada polos profesionais médicos, un 79% fronte a un 75,7% respectivamente.

Isto pode deberse a que as expectativas de información postas nos profesionais da enfermería son menores –non se lles reconece un peso tan importante no rol informativo- e o trato con eles máis continuado e próximo:

M2: Normalmente, non suelen dar informacións as enfermeiras. Polo menos no meu caso.
M1: Información no, pero o trato igual é máis cercano.
M2: Sí, o trato si.
M1: El médico pone la pauta y la enfermera tiene que hacértelo a ti, directamente. Hay de todo también eh?
M2: Sí hay de todo.
M1: Pero en general, yo creo que es más cercana.
M2: Hay enfermeros muy buenos, muy buenos. Que non sei se a veces, un lles dá lástima, pero es que casi es eso. Sufren o que ti estás sufrindo. Sen embargo, hai outros que... mi madriña, non os molestes que...

11. Os profesionais non sanitarios axudan sempre ou case sempre, pero non sempre mostran amabilidade

López Schmid (1999) indicaba que calquera traballador do hospital debe atender con dilixencia calquer pregunta ou dúbida que proceda dun paciente ou familiar do paciente, procurando axudalo sempre ou indicándolle onde poden solucionar aquela pregunta que plantexan.

Dos datos extráese que dous de cada dez usuarios (20%) non atoparon amabilidade nos profesionais non sanitarios alomenos nalgunhas ocasións. Un de cada dez (11,3%) non foi axudado por estes profesionais nalgunha ocasión cando requiriu da súa axuda.

Se axudan, pero non son o suficientemente amables, a súa imaxe e con ela a do hospital pode verse empañada. Por iso, aínda que as cifras non son moi elevadas, os hospitais deben entrenar os seus profesionais no servizo ao paciente para reducir esas incidencias na súa totalidade.

12. A véspera é o tempo ideal no aviso de alta

No momento de cubrir este cuestionario recibiran a alta un 42,71% de usuarios enquisados, dos cales consideraban que deberían tela recibido o día antes un 62,9%, pero recibiran o aviso o mesmo día un 63%.

Segundo a Guía SEAUS (2000), o aviso de alta debe realizarse con 24 horas de antelación. Esa é a preferencia amosada asimesmo polos usuarios enquisados, en contraposición a tendencia maioritaria de avisar da alta o mesmo día que o paciente abandona o hospital.

Isto está novamente relacionado cos niveis de incertidume: o aviso previo permítelle ao usuario ter un certo control no seu proceso, neste caso na súa marcha do hospital (pensar no que desexa preguntarlle ao médico, aviso aos familiares, etc.) e regreso á casa.

Bloque 3: Documentos Hospitalarios

Esta terceira parte está adicada ao estudo dun conxunto de documentos dirixidos aos usuarios dos hospitais. O obxectivo desta terceira parte é averiguar se os documentos escritos que os hospitais entregan aos usuarios teñen unhas adecuadas características no deseño (na presentación visual do documento) e na súa redacción, isto é, no seu grao de lexibilidade.

A nosa hipótese de partida indica o seguinte:

Hipótese principal: Sostemos que a maioría os documentos de información ao Paciente non están correctamente orientados á comprensión do paciente, senón que:

Subhipóteses:

- Están cargados de terminoloxía médica.
- Visualmente están presentados de modo pouco claro.
- Son difíciles de comprender para unha persoa sen formación médica.

As nosas hipóteses de partida baséanse nun conxunto de estudos realizados sobre a lexibilidade dos documentos de consentimento informado de hospitais españois, nos que se detecta un nivel de lexibilidade medio-baixo, tales como:

Autor/es	Mostra estudada	Conclusións
Hospedales Salomó, J et al. (2005)	16	Ningún cumpría os criterios de lexibilidade mínimos.
Rubiera, G. Et al. (2003)	286	Un 96,5% ten unha lexibilidade baixa co índice de Flesch, é dicir, están escritos con frases e palabras longas.
Gost, J. et al. (2003)	160	En máis do 83% a información escrita presenta unha deficiente lexibilidade.
Navarro Royo, C. Et al. (2002)	92	O 23% non son aceptables para a poboación en xeral.
Del Brio, M. A. Et al. (2000)	121	Só o 38% presenta unha explicación clara da natureza e do procedemento.

Táboa nº 127. Estudos recentes realizados en España que miden a lexibilidade dos documentos de consentimento informado. Elaboración propia.

Polo tanto, este apartado divídese en dous:

- a) Nunha primeira parte, abordaremos a análise dos documentos recompilados segundo a ficha deseñada a tal efecto.

- b) Nunha segunda parte, analizaremos os resultados do test de comprensión e dos grupos de traballo para coñecer o grao de comprensión dos documentos de consentimento informado entre persoas sen formación médica.

Os documentos analizados son de tres tipos, fundamentalmente: recomendacións médicas; documentos de consentimento informado; outros documentos.

A cantidade de documentos deste tipo que manexan os hospitais é inxente. Calcúlase que pode haber preto de 400 documentos de consentimento informado por hospital⁴². Os documentos analizados foron elixidos ao azar e a mostra non aspira a ser representativa, senón a apuntar tendencias que en próximas investigacións buscaremos confirmar ou matizar.

“Contemporary national health systems face a massive multiplication of quantities and formats of written materials published and exchanged via a whole range of channels and technologies: reports, letters, memos, minutes and agendas, briefings, posters and notice boards, patient information leaflets, magazines, bulletins, newspapers, books, faxes, emails, pager messages, web pages, speeches, press releases, backgrounders, etc. In view of all these options for written communication, we need to develop a practical understanding of effective writing for all of them.” (Moreira, Eglin, 2004: 113)

Por outra banda, as recomendacións médicas tenden a ser persoalizadas, polo que cada vez empréganse menos as recomendacións-tipo, que son as que se recollen no presente estudo e que utilizan, fundamentalmente, os servizos de urxencias nos que, por motivos de tempo, os facultativos non persoalizan os consellos que os pacientes deben seguir unha vez regresen aos seus domicilios.

Detallamos o conxunto de documentos analizados na seguinte táboa:

⁴² Segundo estimación do Complexo Hospitalario Arquitecto-Marcide (Ferrol, A Coruña).

Nº	Nome	Hospital	Finalidade
DOCUMENTOS DE RECOMENDACIÓNS MÉDICAS			
1	Recomendaciones nutricionales para pacientes con colesterol elevado	CHUAC	Informativa
2	Recomendaciones para pacientes con dieta de protección biliar	CHUAC	Informativa
3	Recomendaciones para personas con enfermedad celíaca (dieta sin gluten)	CHUAC	Informativa
4	Recomendaciones nutricionales en la dieta de protección intestinal	CHUAC	Informativa
5	Instrucións para o paciente. Traumatismos cranoencefálicos	CHUS	Informativa
6	Recomendacións dietéticas nunha diarrea aguda	CHUS	Informativa
7	Instrucións para o paciente. Esguince de nocello	CHUS	Informativa
8	Protocolo de pacientes traumatizados de tórax en tratamento ambulatorio	CHUS	Informativa
9	Normas y precauciones domiciliarias que deben seguir los pacientes con hepatitis y sus familiares	CHUS	Informativa
10	Hemorroides y Fisura. Tratamiento	CHUS	Informativa
11	Quiste sacro. Tratamiento	CHUS	Informativa
12	Fístulas. Tratamiento	CHUS	Informativa
13	Electroencefalografía	CHOU	Informativa
14	Aseo del niño	CHOU	Informativa
15	Cólico	CHOU	Informativa
16	Lumbalgia aguda	CHOU	Informativa
17	Traumatismo	CHOU	Informativa
18	Tratamiento dolor	CHOU	Informativa
19	Bebé	CHOU	Informativa
20	Gastroenteritis	CHOU	Informativa
21	Heparinas	CHOU	Informativa
22	Ventilación mecánica	CHOU	Informativa
23	Coronariopatía	CHOU	Informativa
24	Miembros inmovilizados	CHOU	Informativa
25	Tratamiento anticoagulante	CHOU	Informativa
26	Estreñimiento	CHOU	Informativa
27	Biopsia	CHOU	Informativa
28	Radioterapia	CHOU	Informativa
20	Radioterapia 2	CHOU	Informativa
30	Gastroenteritis/ Diarrea Aguda	CHOU	Informativa
31	Gastroenteritis aguda	Xeral-Calde	Informativa
32	Dieta astringente lactantes	Xeral-Calde	Informativa

33	Dieta astringente	Xeral-Calde	Informativa
34	Traumatismo Craneoencefálico	Xeral-Calde	Informativa
35	Realimentación e rehidratación oral ante gastroenteritis agudas e procesos diarreicos	Xeral-Calde	Informativa
36	Inmovilización elástica	Xeral-Calde	Informativa
37	Limonada alcalina	Xeral-Calde	Informativa
38	Alimentación saludable	Arquitecto-Marcide	Informativa
39	Dolor abdominal	Arquitecto-Marcide	Informativa
40	Crisis asmática	Arquitecto-Marcide	Informativa
41	Convulsión febril	Arquitecto-Marcide	Informativa
42	Gastroenteritis aguda	Arquitecto-Marcide	Informativa
DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
43	Gastroscofia (Endoscopia digestiva alta)	CHUAC	Informativo-legal
44	Cirugía del labio leporino	CHUAC	Informativo-legal
45	Transplante renal	CHUAC	Informativo-legal
46	Intervención quirúrgica de patología coronaria	CHUAC	Informativo-legal
47	Extirpación de lesión/ tumor cutáneo	Arquitecto-Marcide	Informativo-legal
48	Punción aspiración con agulla fina da glándula tiroides	Arquitecto-Marcide	Informativo-legal
49	Cirurxía de cataratas	Arquitecto-Marcide	Informativo-legal
50	Cirurxía da hidrocefalia	Arquitecto-Marcide	Informativo-legal
51	Asistencia ao parto	Arquitecto-Marcide	Informativo-legal
52	Biopsia de mama con ancoraxe	Arquitecto-Marcide	Informativo-legal
53	Cateterismo cardíaco diagnóstico	Arquitecto-Marcide	Informativo-legal
54	Tratamento da dor	Arquitecto-Marcide	Informativo-legal
55	Cirurxía dos traumatismos faciais	Arquitecto-Marcide	Informativo-legal
56	Broncoscopia	Arquitecto-	Informativo-legal

		Marcide	
57	Fractura de cadeira	Arquitecto- Marcide	Informativo-legal
58	Anestesia Xeral	Arquitecto- Marcide	Informativo-legal
59	Apendicectomía	Arquitecto- Marcide	Informativo-legal
60	Biopsia cutánea	Arquitecto- Marcide	Informativo-legal
61	Endoscopia dixestiva alta	Arquitecto- Marcide	Informativo-legal
62	UCI	CHUS	Informativo-legal
63	Patoloxía Coronaria	CHUS	Informativo-legal
64	Transplante renal de donante vivo	CHUS	Informativo-legal
65	Transplante renal dobre	CHUS	Informativo-legal
66	Transplante renal de cadáver	CHUS	Informativo-legal
67	Endoscopia digestiva alta	CHUS	Informativo-legal
68	Biopsia	CHUS	Informativo-legal
69	Cirurxía de hidrocefalia	CHUS	Informativo-legal
70	Anestesia	CHUS	Informativo-legal
71	Tumores cerebrales hemisféricos	CHUS	Informativo-legal
72	Neurocirurxía de columna	CHUS	Informativo-legal
73	Cirurxía de Parkinson	CHUS	Informativo-legal
74	Cirurxía de epilepsia	CHUS	Informativo-legal
75	Craneoestenosis	CHUS	Informativo-legal
76	Cirurxía transfenoidal	CHUS	Informativo-legal
77	Biopsia estereotáctica	CHUS	Informativo-legal
78	Craneofaringioma	CHUS	Informativo-legal
79	Higroma subdural	CHUS	Informativo-legal
80	Craneoplastia	CHUS	Informativo-legal
81	Administración de baclofen para epasticidade	CHUS	Informativo-legal
82	Malformación de chiari	CHUS	Informativo-legal
83	Radiocirurxía	CHUS	Informativo-legal
84	Fototerapia	CHUS	Informativo-legal
85	Láser CO2	CHUS	Informativo-legal
86	Crioterapia	CHUS	Informativo-legal
87	Aneurisma	CHUS	Informativo-legal
88	Transfusión de hemoderivados	CHUS	Informativo-legal
89	Biopsia renal	CHUS	Informativo-legal
90	Colonoscopia	CHUS	Informativo-legal

91	Drenaje intraabdominal percutáneo	CHUS	Informativo-legal
92	Sondaje naso-gástrico y naso-yeyunal	CHUS	Informativo-legal
93	Arteriografía abdominal	CHUS	Informativo-legal
94	Hemoperfusión	CHUS	Informativo-legal
95	Patología valvular	CHUS	Informativo-legal
96	Miomectomía	CHUS	Informativo-legal
97	Histeroscopia operatoria	CHUS	Informativo-legal
98	Prolapso genital	CHUS	Informativo-legal
99	Histerectomía	CHUS	Informativo-legal
100	Ganglio centinela	CHUS	Informativo-legal
101	Mastectomía	CHUS	Informativo-legal
102	Biopsia de mama	CHUS	Informativo-legal
103	Angioplastia y stent carotídeo	CHOU	Informativo-legal
104	Apendicitis mediante laparoscopia	CHOU	Informativo-legal
105	Estudio de alergia a medicamentos	CHOU	Informativo-legal
106	Sedación Farmacológica	CHOU	Informativo-legal
107	Varicocelecomía	CHOU	Informativo-legal
108	Anestesia	CHOU	Informativo-legal
109	Diálisis	CHOU	Informativo-legal
110	Estenosis digestivas altas con balón	CHOU	Informativo-legal
111	Amniocentesis no genética	CHOU	Informativo-legal
112	Inyección intravítrea de avastin	CHOU	Informativo-legal
113	Broncoscopia	CHOU	Informativo-legal
114	Resección del esófago	CHOU	Informativo-legal
115	Corrección de luxación	CHOU	Informativo-legal
116	Gastroscoopia	Xeral-Calde	Informativo-legal
117	Tratamiento con bandas elásticas (Ligadura endoscópica)	Xeral-Calde	Informativo-legal
118	Laparoscopia diagnóstica	Xeral-Calde	Informativo-legal
119	Biopsia pulmonar transparietal	Xeral-Calde	Informativo-legal
120	Drenaje Pleural	Xeral-Calde	Informativo-legal
121	Histerectomía	Xeral-Calde	Informativo-legal
122	Histerectomía radical	Xeral-Calde	Informativo-legal
123	Cirugía conservadora de mama	Xeral-Calde	Informativo-legal
124	Restos abortivos	Xeral-Calde	Informativo-legal
125	Embarazo ectópico	Xeral-Calde	Informativo-legal
126	Conización cervical	Xeral-Calde	Informativo-legal
127	Cirugía sobre la glándula de bartholin	Xeral-Calde	Informativo-legal
128	Incontinencia urinaria mujer	Xeral-Calde	Informativo-legal
129	Anestesia xeral	Xeral-Calde	Informativo-legal
130	Anestesia locorexional	Xeral-Calde	Informativo-legal

131	Biopsia pleural percutánea	Xeral-Calde	Informativo-legal
132	Prótesis de cólon	Xeral-Calde	Informativo-legal
133	Broncoscopia	Xeral-Calde	Informativo-legal
134	Biopsia hepática	Xeral-Calde	Informativo-legal
135	Cateterismo Cardíaco Diagnóstico	Xeral-Calde	Informativo-legal
136	Cateterismo Terapéutico Coronario	Xeral-Calde	Informativo-legal
137	Ergometría	Xeral-Calde	Informativo-legal
138	Implantación de marcapasos	Xeral-Calde	Informativo-legal
139	Transfusión de sangue y/o hemoderivados	Xeral-Calde	Informativo-legal
140	Craneoplastia	Xeral-Calde	Informativo-legal
141	Colonoscopia	Xeral-Calde	Informativo-legal
142	PAAF	Xeral-Calde	Informativo-legal
143	PHMetría esofágica	Xeral-Calde	Informativo-legal
144	CPRE	Xeral-Calde	Informativo-legal
145	Vulvectomía radical	Xeral-Calde	Informativo-legal
146	Vulvectomía simple	Xeral-Calde	Informativo-legal
147	Reparación quirúrgica del periné	Xeral-Calde	Informativo-legal
148	Miomectomía	Xeral-Calde	Informativo-legal
149	Patología anexial	Xeral-Calde	Informativo-legal
150	Prolapso Genital	Xeral-Calde	Informativo-legal
151	Mastectomía radical modificada	Xeral-Calde	Informativo-legal
152	Oclusión tubárica	Xeral-Calde	Informativo-legal
153	Dilatación de esófago	Xeral-Calde	Informativo-legal
154	Manometría esofágica	Xeral-Calde	Informativo-legal
155	Cirugía de la resección rectal	CHUVI	Informativo-legal
156	Endoscopia digestiva alta	CHUVI	Informativo-legal
157	Broncoscopia	CHUVI	Informativo-legal
158	Incontinencia anal	CHUVI	Informativo-legal
159	Obesidad mórbida	CHUVI	Informativo-legal
160	Autotransfusión	CHUVI	Informativo-legal
161	Transfusión de hemoderivados	CHUVI	Informativo-legal
162	Anestesia General	CHUVI	Informativo-legal
OUTROS DOCUMENTOS			
163	Folla de inclusión no rexistro de pacientes en espera	CHUS	Informativa e de Xestión
164	Historia Clínica Urxencias	CHUS	Informativa
165	Alta Voluntaria	CHUS	Legal
166	Parte Xudicial	CHUS	Legal
167	Ingreso forzoso	CHUS	Legal

Táboa nº 128. Listado de documentos analizados. Elaboración propia.

Nos documentos hospitalarios, distinguimos, polo tanto, tres tipos de finalidades:

- A finalidade informativa: documentos que teñen por obxecto darlle a coñecer ao usuario unha serie de recomendacións que debería seguir.
- A finalidade informativo-legal, é dicir, documentos que posúen unha dobre finalidade:
 - Dunha banda, a finalidade informativa porque explican aos usuarios determinados procedementos ou tratamentos.
 - Doutra banda, supoñen o recoñecemento legal de que o usuario foi axeitadamente informado e deben aplicarse nos casos determinados pola Lei⁴³.
- A finalidade prioritariamente legal, isto é, aqueles documentos nos que se fai constar unha circunstancia da que podería ou tense que dar parte á Xustiza.

Para a análise deste conxunto de documentos, aplicouse a ficha de análise exposta no apartado de Metodoloxía, que se centraba no estudo de dous factores: a aparencia visual do documento e as características da súa redacción.

⁴³ Lei 41/2002, art. 8.

3.1. RESULTADOS

Os documentos anteriormente indicados foron analizados para coñecer o seu grao de lexibilidade en función das recomendacións abordadas na parte teórica sobre presentación e redacción de textos⁴⁴.

Os resultados foron agrupados en tres categorías, en función do tipo de documento analizado e da súa finalidade: a) Recomendacións médicas; b) Formularios de consentimento informado; c) Outros documentos.

3.1.a. Recomendacións médicas.

Analizáronse un total de 42 documentos de recomendacións médicas e de enfermería destinados a usuarios do hospital.

Hospital	Nº Documentos
CHUS	8
CHUAC	4
A. Marcide	5
CHOU	18
Xeral-Calde	7
Total	42

Táboa nº129. Recomendacións médicas analizadas por hospital. Elaboración propia.

Cabe matizar que a tendencia ao emprego das recomendacións médicas en formato estándar (é dicir, igual para todos os pacientes) tende a desaparecer, xa que gracias aos programas informáticos incorporados (o sistema Gacela para as instrucións de enfermería e a historia clínica electrónica en xeral), a tendencia é a persoalizar e individualizar as recomendacións médicas para cada paciente no seu propio historial. Aínda así, nos servizos de urxencias é sobre todo onde sobreviven as recomendacións médicas predeseñadas en soporte papel.

⁴⁴ Ver Capítulo III, apartados 2 e 8.

1) Presentación visual/ Deseño do documento

A análise da presentación e o deseño dos documentos indica que existen parámetros que poden mellorarse por canto a:

- Usos tipográficos inadecuados (34 dos 42 documentos), dos cales:
 - Documentos nos que se empregan de maneira incorrecta as maiúsculas, o que dificulta a lectura do texto (4 documentos).
 - Documentos nos que se emprega incorrectamente a negriña, en lugar de empregala só para títulos, termos ou frases destacadas (4 documentos).
 - Documentos nos que se emprega incorrectamente a cursiva (2 documentos).
 - A maioría dos textos empregan no corpo tipografía de pao seco, en lugar de con serifas, o que debería modificarse para conseguir unha lectura máis fluída do texto (31 documentos).
 - Documentos que empregan un corpo de texto demasiado pequeno, o que dificulta a lexibilidade (6 documentos).

- Imaxe Visual Corporativa: Hai dous textos que carecen da identificación visual do hospital no que se entregan (ambos do CHUS) e un, no que aparece un logo antigo, que xa non se emprega (tamén do CHUS). Hai catro documentos que levan a imaxe corporativa da sociedade médica española que os edita (SEUP, Sociedade Española de Urgencias Pediátricas), a pesar de que se entregan no Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide. Os documentos do Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña presentan unha imaxe visual corporativa sen actualizar pois aínda levan o nome de Complexo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, a pesares de que o cambio de denominación produciuse a fins de 2008.

Por outra banda, no mesmo hospital conviven documentos co logo do hospital e outros co logo do SERGAS acompañado do nome do hospital (caso do Complexo Hospitalario Xeral-Calde).

Habería que definir que imaxe visual corporativa se vai empregar para todos os documentos do mesmo centro hospitalario.

- Uso da cor: A meirande parte dos documentos están en negro. Cando se emprega a cor, faise para respectar a imaxe visual corporativa. A cor non é empregada como criterio de ordenación ou de destaque das ideas, é dicir, para resaltar a importancia dalgunha recomendación en ningún caso.

- Superficie e distribución: Conviven o formato cuartilla (14 documentos) ou inferior (1 documento); o formato libro (6 documentos), o formato páxina (14 documentos), o formato folio (6 documentos) e superior (1 documento).

A superficie haina que racionalizar –distribuír– en relación co contido do documento. Porén, atopamos unha distribución incorrecta do texto en páxina nun total de 26 de 42 documentos, nos que detectamos:

- Faltan marxes amplas (en 13 documentos).
- Faltan elementos visuais e/ ou textuais que estructuren o contido (en 9 documentos).
- Falta interliñado máis amplo entre parágrafos (en 7 documentos).

- Elementos visuais empregados:

- Empréganse viñetas ou guións en 23 documentos.
- Enumeracións, en 9 documentos.
- Combinación de enumeracións con viñetas en 3 documentos.
- Caixas de texto en 8 documentos.
- Fotografías ou debuxos, en só 5 documentos.
- Epígrafes ou interrogantes (intertítulos), en 19 documentos.
- Símbolos, en ningún dos documentos analizados.

- O emprego de epígrafes/ intertítulos de maneira incorrecta atopámolo nos seguintes casos (9):

- Epígrafes prescindibles (non serían necesarios): 2 documentos.
- Epígrafes necesarios ausentes (son necesarios mais non están): 3 documentos.
- Epígrafes mal colocados (rompen a estrutura do texto): 3 documentos.
- Epígrafes redundantes (a información está mal ordenada): 1 documento.

- Cuberto a man?: En certos documentos (os menos, un total de nove) figura a posibilidade de completalos a man, o que implica que, neses casos, a súa lexibilidade depende tamén da caligrafía e redacción da persoa que complete as instrucións.

- Idioma: Só nos documentos do CHOU, se recolle nunha pequena nota a existencia do mesmo documento en galego, por se o paciente o prefire.

Só dous documentos – un do Xeral-Calde e outro do CHOU- atópase en galego e en castelán.

Documentos do mesmo hospital poden ser redactados en galego ou en castelán. Habería que darlle ao usuario a posibilidade de que lea o texto na lingua que lle resulte máis cómoda.

- Foron impresos do orixinal un total de 30 documentos, mentres que 12 dos documentos analizados son documentos fotocopiados.

En resumo, nos 42 documentos analizados, atopamos:

Características de presentación		Nº Documentos (sobre 42)	Porcentaxe de inadecuación
Usos tipográficos	Adecuados	8	80,9%
	Inadecuados	34	
Distribución do texto en páxina	Adecuada	16	61,9%
	Inadecuada	26	
Uso da imaxe visual corporativa	Adecuado	31	26,19%
	Inadecuado	11	
Uso de epígrafes- intertítulos	Adecuado	33	21,42%
	Inadecuado	9	
Ausencia de recursos visuais		9	21,42%
Ausencia de ilustracións/ debuxos		37	88%
Impresión	Orixinal	30	28,57%
	Fotocopiados	12	

Táboa nº130. Características de presentación dos documentos de recomendacións médicas analizados. Elaboración propia.

2) A redacción dos documentos de recomendacións

Na redacción das instrucións médicas dirixidas aos usuarios, atopamos as seguintes características:

Respecto dos parágrafos

Posto que son documentos de recomendacións, empréganse sobre todo os parágrafos-enumeración, que poden estruturarse con viñetas ou con letras e números.

- Os documentos de recomendacións médicas teñen unha media de 4,28 parágrafos.

- Atopamos un total de 54 parágrafos de máis de seis liñas, o que dá unha media de 1,28 parágrafos deste tamaño por documento, polo que recomendamos vixiar a lonxitude dos parágrafos para que estes non se fagan demasiado longos.
- Un total de 32 documentos (de 42) presentaban alomenos un parágrafo con máis de seis liñas.
- Respecto da presenza de parágrafos-frase, atopáronse en conxunto un total de 58, o que significa unha media de algo máis de un por documento.
- Un total de 25 documentos (de 42) presentaban alomenos un parágrafo de maior ou menor lonxitude, pero sen puntos e seguido (parágrafos-frase).

As oracións

- Un total de 18 documentos non conteñen ningunha oración con máis de 25 palabras.
- Sobre pasan as 25 palabras recomendadas como lonxitude adecuada para unha oración, un total de 62, atopadas no conxunto de 42 documentos analizados. Cada documento ten unha media de 9,8 oracións, das que máis de unha e media serían oracións que superarían as 25 palabras.
- A maioría (277) son oracións subordinadas. Concretamente, hai unha media de 6,6 oracións subordinadas por documento, polo que conviría reducir o seu emprego simplificando as estruturas gramaticais.
- Oracións confusas/ incorrectas atopadas en diferentes documentos analizados son:

- Hipérbatos ou cambios na alteración da orde natural dos elementos da oración:

Reposo relativo, tanto físico coma mental, durante 48 horas e vixilancia familiar.

En caso de emplear maíz para preparar una comida, no se podrá moler donde haya sido molido otro cereal no indicado para el celiaco salvo si este ha sido higienizado.

Frutas y verduras se evitará tomarlas crudas.

Acuda ao seu traumatólogo para que siga o tratamento dentro das primeiras 48 horas.

- Dobres negacións

Hay que leer cuidadosamente las etiquetas de los alimentos y evitar aquellos productos en los que no figura la leyenda “exentos de gluten”.

Este tratamiento, como cualquier otro, no es inofensivo

- Faltas de coordinación

La carne debe ser magra y tierna. Junto con el pescado deben estar presentes en las principales comidas del día.

¿Qué es una convulsión febril? (...) Casi siempre ocurren durante el primer día de fiebre.

- Uso inadecuado do xerundio e doutros tempos verbais

La temperatura del agua estará comprendida entre 32-34°C, comprobando ésta con un termómetro o metiendo nuestro codo en ella.

Cuando no tenga dolor, beber de 2 a 3 litros diarios, reservando medio litro para antes de acostarse.

Acudirá de nuevo a nuestro servicio siempre y cuando:

-Detecta disminución importante de la micción o ausencia de la misma.

Evitar extracciones dentarias u otra manipulación de la encía en 1-2 años siguientes a la irradiación, en todo caso, para informar a su dentista adecuadamente, notificar.

- Erros de puntuación

El colesterol es un tipo de grasa que puede provenir de la alimentación, también se produce en el hígado.

- **Acotacións:** Atopáronse un total de 110 parénteses ou acotacións, o que supón unha media non excesivamente alta, de 2,61 por documento. Chama a atención o caso dun dos documentos analizados, que chega a presentar até 15 acotacións, parénteses ou incisos.

As palabras

- **Vocabulario técnico:** Atopáronse un total de 84 termos médicos, unha media de 2 por documento. Existen dez documentos nos que non se atopou vocabulario técnico médico. Termos médicos comúns atopados en distintos documentos, que deberan aclararse son

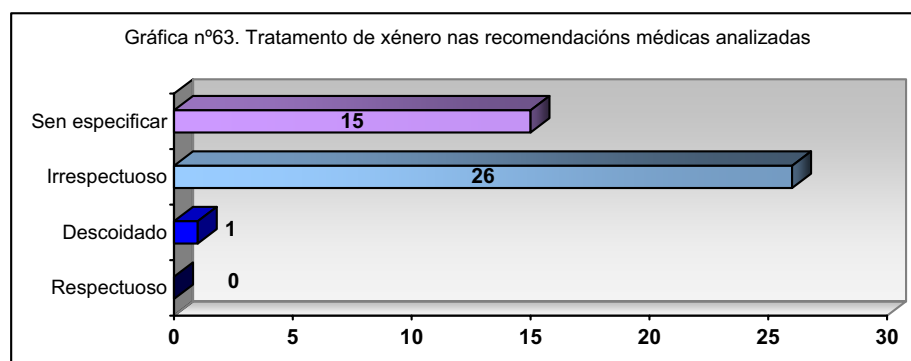
Analgésico / Analgesia
Apósito
Antiséptico
Disnea
Coagular/ Coagulación/ Anticoagulación
Patología/ Patológico

- **Abreviaturas, siglas ou acrónimos:** Atopáronse un total de sete siglas ou abreviaturas no total dos 42 documentos, polo que non se pode considerar o seu emprego como habitual.
- **Expresións complexas:** Expresións que se repiten nos distintos documentos e que puideran formularse de modo máis sinxelo e fácil de comprender. Por exemplo:

Expresión empregada	Equivalente
Emisión de sangue	Sangrar
Vómitos de repetición	Vómitos continuados
Comezar/ Limitar a inxesta de	Comezar a / Evitar tomar
Incrementar a inxesta de auga	Beber máis auga
Evacuación intestinal	Facer as necesidades
Motilidad intestinal	Movimentos do intestino
Tránsito intestinal	Circulación (dos alimentos) polo intestino
Fraccionar/ Distribuir a dieta en x tomas	Realizar x comidas ao día

Táboa nº 131. Expresións comúns que poden simplificarse. Elaboración propia.

- **Tratamento de xénero.** Maoitariamente, os documentos analizados empregan o xénero masculino para referirse ao paciente, ademais de que tampouco se respecta o xénero dos profesionais sanitarios: refírense ao profesional da enfermería en xénero feminino e ao profesional médico en xénero masculino (*consulte a su enfermera y/o médico*). Concretamente, salvo en 15 documentos nos que non se especifica o xénero, nun total de 26 casos non se está a respectar o tratamento de xénero. Nun caso, este é descoidado (respéctase nun determinado momento do documento, pero logo esquecese ou óbvíase). En ningún caso, atopamos un tratamento de xénero plenamente respectuoso.



- **Erratas e/ou Faltas de ortografía.** Atopáronse faltas de ortografía e/ou erratas en 25 dos 42 documentos analizados, o que implica que é necesario revisar os textos para que vaian correcta e adecuadamente escritos.

En resumo, nas categorías analizadas, os documentos que habería que mellorar en canto ás características de redacción xa apuntadas indican que existe unha marxe de mellora substancial na redacción das recomendacións médicas dirixidas aos usuarios:

Características de redacción	Nº Documentos (sobre 42)	Porcentaxes de inadecuación
Con parágrafos de máis de 6 liñas	32	76,19%
Con parágrafos-frase	25	49,52%
Con alomenos 3 ⁴⁵ oracións de máis de 26 palabras	9	21,42%%
Con 3 ou máis oracións compostas de subordinadas	30	71,42%
Con termos técnicos/ médicos	32	76,19%
Irrespectuosos/ descoidados co tratamento de xénero	27	64,28%
Con erratas/ faltas de ortografía	25	59,52%

Táboa nº 132. Características de redacción dos documentos de recomendacións médicas analizadas. Elaboración propia.

⁴⁵ Escóllese o mínimo de 3 porque, tendo en conta que os documentos analizados teñen unha media de 9,8 oracións cada un, se alomenos 3 oracións reunen esta serie de características, representan unha terceira parte do conxunto de oracións total.

3.1. b. Documentos de Consentimento Informado.

Analizáronse un total de 120 documentos de consentimento informado de distintos servizos destinados a usuarios dos complexos hospitalarios galegos.

Hospital	Nº Documentos
CHUS	40
CHUAC	4
A. Marcide	15
CHOU	13
Xeral-Calde	39
CHUVI	8
Total	120

Táboa nº 133. DCI analizados por hospital. Elaboración propia.

Servizo	Nº Documentos
Medicina Interna	34
Xinecoloxía	26
Neurocirurxía	16
Cardioloxía	11
Dermatoloxía	6
Radiodiagnóstico	3
Cirurxía	3
Oftalmoloxía	2
Traumatoloxía	2
Uroloxía	1
Procedementos comúns ⁴⁶	16
Total	120

Táboa nº 134. DCI analizados por servizos. Elaboración propia.

1) Presentación visual/ Deseño dos documentos

O uso tipográfico nos documentos de consentimento informado pode considerarse como axeitado nun 54,16% (65) dos documentos analizados mentres que no 45,83% (55) restante, detectáronse erros por canto a:

⁴⁶ Procedementos que poden ser necesarios en calquera servizo, tales como: anestesia, transfusión de sangue ou hemoderivados, autotransfusións, etc.

- Un corpo de letra demasiado reducido (41 documentos, 34,16%).
- Incorrecto emprego das negriñas/ maiúsculas/ cursivas (7 documentos, 5,83%).
- Fonte tipográfica inadecuada (19 documentos, 15,8% do total)

Por canto á distribución e disposición do texto en páxina, polo xeral emprégase o formato folio (102 documentos), aínda que tamén existe o formato páxina (14 documentos) e o formato DIN A3 ou máis dun folio (4 documentos).

No **formato folio**, polo xeral, distínguense dous tipos de estruturación do texto na superficie:

- **Tipo 1:** O máis común. Nunha cara, asíñase o consentimento e inclúense os datos do paciente, así como as sinaturas de médico e paciente e da outra aparecen as explicacións sobre o procedemento médico que se vai aplicar.

O texto de conformidade co procedemento pode aparecer estruturado dalgún destes modos:

1) En catro bloques:

- No primeiro bloque, expóñense os datos do paciente (nome, DNI, domicilio e teléfono).
- No segundo bloque, o paciente manifesta que foi informado dos beneficios, riscos e alternativas posibles do procedemento a aplicar.
- No terceiro bloque, o paciente consente aos facultativos do servizo médico correspondente a realizarlle dito procedemento. Requírese a sinatura de médico e de paciente.
- No cuarto bloque, comparece a posibilidade de revogación do paciente á realización do procedemento requerido, coa necesaria sinatura de paciente, testemuña e facultativo.

2) Nunha enumeración de declaracións en primeira persoa —do paciente— conforme se lle explicou e comprendeu a información sobre o procedemento, que asina ao final. Na outra cara, figuran exclusivamente os riscos da intervención.

3) En tres apartados: MANIFESTO (que se me proporcionou información), CONSINTO (que se me aplique o tratamento explicado) e DECLARO (que podo revogar o consentimento cando o desexe).

- **Tipo 2:** Hai unha estruturación en dúas columnas nas dúas páxinas do folio, de modo que as sinaturas se ubican ao final do documento, despois da información sobre o procedemento que se vai realizar.

No **formato páxina**, primeiro explícase o procedemento médico e ao final da páxina asínase a conformidade co tratamento médico exposto. A orde visual en páxina pode lograrse a través do emprego de negriñas ou enumeracións.

Todos os documentos de consentimento informado, tanto para consentir como para revogar o consentimento, requiren ser cubertos a man, nos apartados:

- Datos do paciente (familiar ou representante legal)
- Nome do médico
- Sinatura do paciente (familiar ou representante legal)
- Sinatura do médico
- Riscos persoalizados

Cómpre destacar que a distribución do texto en páxina resultou inadecuada nunha alta porcentaxe, nun 80% dos documentos analizados (96 documentos), sendo adecuada no 20% restante (24 documentos). As causas da inadecuación a este respecto baséanse en:

- Interliñado entre parágrafos igual que o interliñado dentro do parágrafo, de modo que o texto non respira (65 documentos, 54,16% do total).
- Falta estruturación do texto con recursos gráficos (viñetas/ guións) ou textuais (enumeracións ou epígrafes/ intertítulos) en 21 documentos, (17,5% do total).
- Faltan marxes amplas (13 documentos, 10,83% do total).

O emprego de epígrafes/ intertítulos de maneira incorrecta atopámolo nos seguintes casos:

- Epígrafes prescindibles (non serían necesarios): 0
- Epígrafes necesarios ausentes (son necesarios mais non están): 46
- Epígrafes mal colocados (rompen a estrutura do texto): 0
- Epígrafes redundantes (a información está mal ordenada): 2

Nunha terceira parte dos documentos analizados (37 de 120), non se emprega ningún recurso de deseño para xerarquizar e organizar a información: Nin caixas de texto, nin viñetas, nin guións, nin enumeracións, nin epígrafes, nin símbolos. Dos documentos restantes, o que máis abunda é o emprego de enumeracións con letras ou números ou combinando ambos elementos, guións e viñetas.

O emprego de debuxos límitase a 9 casos do total de documentos analizados (7,5%), todos eles pertencentes ao Servizo de Dixestivo de distintos hospitais (A. Marcide, CHUS e Xeral-Calde).

Nun 11,6% do total de documentos analizados (14 de 120), non aparece o logo do hospital nin o do SERGAS.

Predomina o uso do negro. A cor é empregada de modo excepcional e non como elemento xerarquizador da información, senón como atributo do logo do hospital, ou para o total do documento.

O idioma predominante nos documentos analizados é o castelán (70,8%, 85 documentos). Só en dous documentos (documento de consentimento informado para a Unidade de Coidados Intensivos e documento de consentimento informado para anestesioloxía) dáse a información en galego e castelán. Nos documentos do CHOU, a información médica atópase en castelán e a parte de datos persoais e sinaturas, en galego. Nos restantes documentos analizados emprégase o galego (16,6%, 20 documentos). En ningún documento, figura unha nota conforme existe o mesmo documento noutro idioma.

Son documentos fotocopiados, un total de 63, mentres que foron impresos dende o orixinal, un total de 57.

Características de presentación		Nº Documentos (sobre 120)	Porcentaxe de inadecuación
Usos tipográficos	Adecuados	65	45,83%
	Inadecuados	55	
Distribución do texto en páxina	Adecuada	24	80%
	Inadecuada	96	
Uso da imaxe visual corporativa	Adecuado	106	11,6%
	Inadecuado	14	
Uso de epígrafes- intertítulos	Adecuado	72	40%
	Inadecuado	48	
Ausencia de recursos visuais		37	30,83%
Ausencia de ilustracións/ debuxos		111	92,5%
Impresión	Orixinal	57	52,5%
	Fotocopiados	63	

Táboa nº 135. Características de presentación dos documentos analizados. Elaboración propia.

2) Redacción dos Documentos de Consentimento Informado

Respecto da redacción dos Documentos de Consentimento Informado, existen notables aspectos a mellorar, segundo os resultados da aplicación da ficha de análise:

Os parágrafos

- En primeiro lugar, en 80 dos 120 documentos analizados (66,6%), atopouse a presenza de alomenos un parágrafo de máis de seis liñas. Se facemos o cálculo, en base ao número total de parágrafos analizados (1106), un total de 133 (un 12%) serían parágrafos de máis de seis liñas.
- En segundo lugar, en 111 dos 120 documentos analizados empregouse alomenos un parágrafo-frase. Se facemos o cálculo sobre o número total de parágrafos analizados (1106), un total de 545 (49,27%) son parágrafos-frase, isto é, parágrafos máis ou menos longos, sen ningún punto e seguido.

As oracións

- Do total de documentos analizados, só se atoparon tres documentos onde todas as frases tivesen menos de 30 palabras. Nos documentos restantes, existe un mínimo de 1 oración de máis de trinta palabras (caso de 13 documentos, un 10,8% dos impresos analizados).
- A media de oracións moi complexas (máis de 30 palabras) ou bastante complexas (entre 26 e 30 palabras) por documento é de 5,56 (669 oracións de 26 ou máis palabras por documento analizado).

A media de oracións por documento é de 16,2 (1945 oracións totais), o que significa que unha terceira parte das oracións dun documento serían bastante-moi complexas, segundo as normas de redacción revisadas.

Densidade das oracións		Nº oracións	% Total de oracións/ documento
≤ 25 palabras	Axeitada	1276	10,63
>26 palabras	Revisar	187	1,56
>30 palabras	Reformular	482	4

Táboa nº 136. Número de oracións segundo a densidade. Elaboración propia.

- Por canto, ás oracións subordinadas, non existe ningún documento no que non se atopase a presenza dalgunha oración subordinada. A densidade media de oracións subordinadas por documento é de 10,28 (1234 en total), o que significa que o 63% das oracións que compoñen un documento de consentimento informado son subordinadas, en contra das recomendacións revisadas.
- Por canto á presenza de acotacións, parénteses ou incisos nas oracións, a media é de 7,5 incisos, parénteses ou acotacións por documento (900).

As palabras

- **Vocabulario técnico:** Atopouse unha media de 7,2 termos médicos de difícil comprensión por documento. Só existen cinco documentos (4,1%) nos que non se atopou vocabulario técnico médico.

Termos médicos comúns atopados en distintos documentos, que deberan aclararse son:

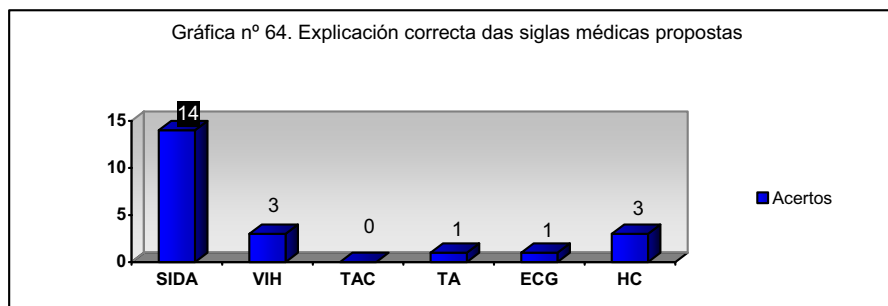
- Dehiscencias de sutura
- Anatomopatológico/a
- Recidiva
- Resección/ar
- Biopsia/r
- Reacción /Cuadro vagal
- Hematomas
- Edemas
- Empiemas
- Hemoderivados
- Flebitis
- Coagulación/ coagular
- Cauterización/ cauterizar
- Absceso/s

- **Abreviaturas, siglas ou acrónimos:** Nun total de 26 documentos analizados (un 21,6% do total), apareceron siglas, abreviaturas ou acrónimos. As máis habituais foron:

- **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- **TAC:** Tomografía axial computerizada.
- **TA:** Tensión Arterial.
- **ECG:** Electrocardiograma.
- **HC:** Historia Clínica
- **LCR:** Líquido cefalorraquídeo.

Aínda que parezan expresións comunmente coñecidas, preguntados os 30 participantes dos tres grupos de traballo⁴⁷ se coñecían estas siglas –agás LCR–, as de SIDA, VIH e TAC sonábanlles e máis ou menos coñecían a qué remitían, mais o grao de coñecemento do seu significado literal, resulta sempre inferior ao 50%.

⁴⁷ Ver apartado 3.4.



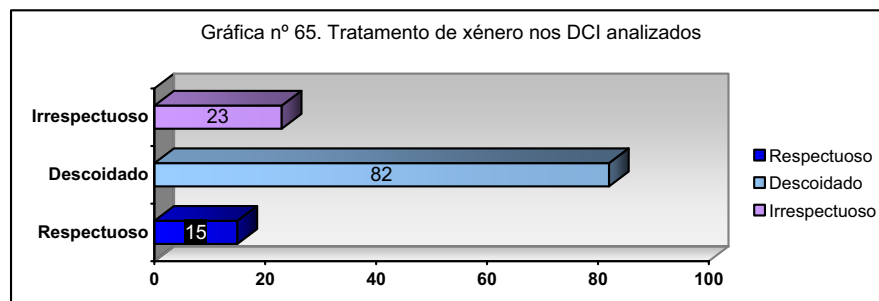
- **Expresións probabilísticas:** Aparecen nun total de 40 documentos, é dicir, nunha terceira parte dos documentos de consentimento informado, en forma de porcentaxes ou de expresións numéricas probabilísticas⁴⁸.
- **Expresións complexas:** Expresións que se repiten nos distintos documentos e que puideran formularse de modo máis sinxelo e fácil de comprender. Por exemplo:

Expresión empregada	Equivalente común
Evitar a inxesta de	Evitar comer / tomar
Ser portador de	Portar/ Levar
Deglutir	Comer
Alerxias medicamentosas	Alerxias a medicamentos
Acto operatorio	Operación
Hallazgos operatorios	Aquilo que atopemos durante a operación
Varios tempos quirúrgicos	Distintas operacións

Táboa nº 137. Expresións comúns que poden simplificarse. Elaboración propia.

- **Tratamento de xénero:** Para avaliar o tratamento de xénero aplicado nos documentos de consentimento informado, fixemos unha clasificación en tres posibilidades:
 - Tratamento respectuoso co xénero: Inclúese a diferenciación do xénero do paciente (o/a) e o médico (o/a), respectándose a diferenza de xénero ao longo do documento.
 - Tratamento descoidado respecto do xénero: Inclúese a persoalización de xénero nalgúns casos si e noutros non dentro do mesmo documento.
 - Tratamento non respectuoso co xénero: Paciente e médico contéplanse no discurso como actores masculinos.

⁴⁸ Non se computaron aquelas nas que se explicaba a probabilidade con palabras: Ex. En dous de cada dez casos...



- **Erratas ou Faltas de ortografía:** Nun 60% dos documentos (71), atopáronse erratas ou faltas de ortografía. Isto indica que non se revisa o suficiente ou coa suficiente atención a redacción dos documentos.

En xeral, as características da redacción dos documentos de consentimento informado que analizamos amosan os seguintes resultados:

Características de redacción	Nº Documentos (sobre 120)	Porcentaxes de inadecuación
Con parágrafos de máis de 6 liñas	80	66,6%
Con parágrafos-frase	111	92,5%
Con alomenos 5 ⁴⁹ oracións de máis de 26 palabras	70	58,3%
Con 5 ou máis oracións compostas de subordinadas	107	89,1%
Con alomenos 4 termos técnicos/ médicos	88	73,3%
Irrespectuosos/ descoidados co tratamento de xénero	105	87,5%
Con erratas/ faltas de ortografía	71	60%

Táboa nº 138. Características da redacción dos documentos analizados. Elaboración propia.

⁴⁹ Escóllese o mínimo de 5 porque, tendo en conta que os documentos analizados teñen unha media de 16,2 oracións cada un, se alomenos 5 oracións reunen esta serie de características, representan unha terceira parte do conxunto de oracións total de cada documento.

3.1.c. Outros documentos

Existe un terceiro tipo de documentos hospitalarios dirixidos aos usuarios –e dos que se lles entrega copia- que teñen outra finalidade, que non é a estritamente informativa, senón que teñen unha orientación administrativo-legal.

Tipo de documento	Hospital	Finalidade
Alta Voluntaria	CHUS	O paciente solicita machar do hospital sen ter recibido a alta médica.
Folla de inclusión do Rexistro de Pacientes en espera	CHUS	O paciente solicita pasar a formar parte do listado de agarda para ser operado.
Historia Clínica de Urgencias	CHUS	O servizo de Urgencias realízaos para informar o paciente do que padece. Sería como a súa historia clínica de Urgencias.
Parte xudicial	CHUS	Poñer en coñecemento do xuíz un acontecemento susceptible de ser delicto.
Ingreso forzoso	CHUS	O ingreso –na Unidade de Psiquiatría- non é voluntario, senón solicitado por un familiar/ tutor legal.

Táboa nº 139. Outros documentos. Elaboración propia.

Son documentos con numerosos espazos en branco para ser cumprimentados en cada un dos casos. Faremos unha análise individualizada posto que son documentos moi distintos entre si:

- **Documento de Alta Voluntaria:** Documento redactado en terceira persoa, no que hai que cubrir a man: nome do paciente; nº de cartilla e de beneficiario; nome e parentesco da persoa que solicita a alta; criterio do médico polo que estima debe continuar a hospitalización, data e sinaturas.

A expresión inicial “con esta data” resulta innecesaria posto que ao final do parágrafo faise constar o lugar e a data na que se realiza o documento.

Existen incorreccións gramaticais: “así como se lle indicaron os prexuízos que poidan provocar o enfermo”, posto que quen provoca os prexuízos é a alta voluntaria de modo que o verbo –poidan- debería estar en singular.

- **Folla de inclusión no Rexistro de Pacientes en Espera:** Documento en formato folio, no que dunha cara, aparecen compartimentados os datos que deben cubrirse a man con respecto a:
 - Datos do paciente
 - Prescrición
 - Datos clínicos
 - Prioridade e data prevista de atención
 - Aviso para o paciente
 - Traslado a centro concertado
 - Sinaturas: de médico e paciente.

Inclúense siglas que o paciente non ten por qué coñecer, como: NHC (Número de Historia Clínica); COD. CIE⁵⁰ (Código Internacional de Clasificación de Enfermedades).

Da outra cara do folio, explícaselle ao paciente as condicións do feito de estar inscrito na lista de agarda e como será o procedemento de aviso. A tipografía empregada non é axeitada xa que se trata dun texto longo, polo que debera escollerse unha tipografía con serifas. A distribución do texto en páxina tampouco: o interliñado entre parágrafos é igual que o interliñado intraparágrafos, co que o texto non respira. Debería estruturarse por epígrafes.

Respecto da redacción do mesmo, tampouco resulta adecuada, por canto a:

- Uso de parágrafos de máis de seis liñas (1).
 - Redacción das oracións: Un total de sete oracións (de 21) de máis de trinta palabras.
 - Uso de subordinadas: Dezanove estruturas conteñen proposicións subordinadas.
-
- **Historia Clínica de Urgencias:** Documento no que debe completarse a información por canto a: Médicos encargados do caso; Motivación Clínica; Anamnese; Exploración física; Datos complementarios; Analítica; Radioloxía; Outras exploracións; Hipótese diagnóstica; Tratamento administrado e prescrito; Outras disposicións ou recomendacións; Próximo control; Sinatura do médico.

Inclúe terminoloxía médica que o paciente probablemente descoñecerá: “Anamnese⁵¹”; Abreviaturas (Puls., Resp.; T^a; TA). Deberían evitarse asimesmo o uso de perífrases verbais

⁵⁰ Nos tres grupos de discusión sobre os DCI, preguntouse aos participantes polas siglas NHC e COD. CIE. De trinta, só tres persoas puideron aproximarse ao significado das siglas NHC e ningunha ao de COD. CIE

⁵¹ No grupo de discusión que tivo lugar o 12/11/2008, preguntóuselhes aos participantes se coñecían o o significado do termo “anamnese”. Ninguén sabía o que significaba.

como: “Motivación clínica”, en lugar de motivo da consulta; ou Hipótese diagnóstica, en lugar de “diagnóstico provisional”.

Como debe ser cuberto a man polo médico encargado do caso, debería procurarse a lexibilidade da escrita e unha redacción clara, sen termos médicos.

- **Parte Xudicial:** O documento está pensado para enviarse ao xuíz do xulgado de garda. Require que se cubran a man os seguintes datos:

- Datos do paciente:

Nome e apelidos.

Idade e sexo.

DNI.

Domicilio.

Teléfono.

Lesións observadas.

Causa das lesións declarada (polo paciente/familiar/acompañante).

Onde ocorreron os feitos e as súas circunstancias.

- Datos do prestador do servizo sanitario:

Nome do médico e número de colexiado.

Centro asistencial.

- Datos da asistencia médica:

Prognóstico inicial.

Tempo que durou a asistencia.

Necesidade de continuación da asistencia.

Secuelas ou incapacidades que presenta ao ser alta.

- Outros:

Data e Hora.

Sinatura do médico.

Debera deixarse un interliñado separatorio entre parágrafos para unha maior claridade no deseño. Podería estruturarse por epígrafes (como na descrición de contido que precede). Como noutros casos, dado que debe ser cuberto a man polo médico encargado do caso, debería procurarse a lexibilidade da escrita e unha redacción clara, sen termos médicos

- **Documento de Ingreso forzoso:** O familiar autoriza o ingreso do paciente nunha unidade de hospitalización (polo xeral, Psiquiatría). Non implica dificultades de lectura, nin de comprensión.

3.2. Conclusións: Presentación e redacción dos documentos analizados.

Ningún dos documentos analizados cumpren todos os requisitos esixidos para unha escrita lexible por canto á presentación e ao contido. Expoñemos os aspectos que se están a cumprir no conxunto dos documentos analizados.

CARACTERÍSTICAS DUNHA REDACCIÓN CLARA	Nº DOCUMENTOS (SOBRE 167)	PORCENTAXE (SOBRE 100%)
POR CANTO Á PRESENTACIÓN		
Usos tipográficos adecuados	73	43,71%
Distribución do texto en páxina adecuada	40	23,95%
Uso da imaxe visual corporativa adecuado	141	84,43%
Uso de epígrafes-intertítulos adecuado	105	62,87%
Uso xerarquizador de recursos visuais	118	70,65%
Apoio de ilustracións/ debuxos	14	8,38%
Impresión de orixinal	87	52%
POR CANTO AO CONTIDO		
Sen parágrafos de máis de 6 liñas	54	32,33%
Sen parágrafos-frase	28	16,76%
Con 100% oracións < 26 palabras	17	10,17%
Sen oracións compostas de subordinadas	6	3,6%
Sen termos técnicos/ médicos	17	10,17%
Respectuosos co tratamento de xénero	15	8,9%
Sen erratas/ faltas de ortografía	61	36,52%

Táboa nº 140. Porcentaxes de documentos axeitados ás recomendacións de presentación e de redacción. Elaboración propia.

Por canto ás características de presentación e deseño dos documentos, as causas máis comúns de inadecuación adoitan ser:

- Usos tipográficos:
 - Emprego dun corpo de texto excesivamente pequeno.
 - Emprego dunha fonte tipográfica inadecuada.
 - Uso excesivo de maiúsculas, negriñas ou cursivas.
- Distribución do texto en páxina:
 - Marxes demasiado estreitas.
 - Interliñado interparágrafos similar ao interliñado intraparágrafos.
 - Efecto mancha de tinta.
- Calidade da impresión: Fotocopias, en lugar de imprimir dende o documento orixinal, o que ensuxa a lectura.
- Ausencia de debuxos ou ilustracións que acompañen a información facilitada.
- Ausencia de recursos visuais ou textuais (ou emprego incorrecto), que axudan a xerarquizar a información.

Por canto ás características de redacción dos documentos, os motivos máis comúns de inadecuación adoitan ser:

- Elevada presenza de parágrafos de máis de seis liñas, que visualmente provocan rexeitamento.
- Elevado emprego de parágrafos-frase, que partillan moito o discurso en unidades independentes.
- Elevado emprego de estruturas subordinadas, de maneira que tres cuartas partes (o 75%) dos documentos analizados posúen alomenos unha terceira parte de oracións subordinadas. Isto eleva a complexidade da lectura e da comprensión escrita.
- Notable presenza de oracións longas, que superan as 26 palabras. Arredor dun 40% dos documentos analizados presentan oracións desta complexidade.
- Uso de expresións complexas, que poderían trasladarse a unha linguaxe máis común e coloquial e, polo tanto, ser máis facilmente comprensibles.

- Exceso de terminoloxía e vocabulario médico. Só se atoparon 17 documentos do total (167), que carezan de termos de uso médico.
- Maioritariamente, empregan unha escrita discriminatoria respecto das pacientes e das facultativas.
- Maioritariamente, teñen faltas de ortografía e/ou erratas, o que dá a entender que non se está revisando con coidado a súa redacción.

Por todos estes motivos, cremos que as dúas primeiras subhipóteses de partida se confirman. Os documentos analizados preséntanse visualmente de modo incorrecto e é certo que están cargados de terminoloxía médica.

Para confirmar a terceira destas subhipóteses –a relativa ao seu baixo grao de comprensión– testamos a lexibilidade de sete destes documentos en tres grupos de traballo.

3.3. Grupos de traballo sobre a comprensión dos Documentos de Consentimento Informado.

Testeouse a comprensibilidade de sete documentos de consentimento informado en tres grupos de traballo, composto cada un deles por dez persoas e que tiveron lugar en distintos lugares de Galicia, concretamente: Lugo⁵², Santiago de Compostela⁵³ e Rianxo⁵⁴. Escolléronse estes tres lugares para obter os puntos de vista de persoas de cidade de interior (caso da capital luguesa), de persoas da capital de Galicia (Compostela) e dunha vila mariñeira (caso de Rianxo).

As trinta persoas que integraron os grupos de traballo representan de modo proporcional o perfil sociodemográfico da poboación galega na actualidade⁵⁵. Iniciáronse as franxas de idade a partir dos 16 anos xa que é a partir desa idade cando un menor, legalmente, pode asinar un documento de consentimento informado. Vexamos as características dos enquisados:

⁵² Celebrado no CEI (Centro de Empresas e Innovación).

⁵³ Celebrado no Centro Sociocultural O Ensanche.

⁵⁴ Celebrado no Pazo de Martelo (Biblioteca Municipal).

⁵⁵ En base a datos do Instituto Galego de Estadística (IGE) sobre a poboación censada en Galicia a 2008.

Franxa de idade	Nº H/ Nº M	Total
16-25 anos	3H/ 1M	4
26-35 anos	2H/ 3M	5
36-45 anos	2H/ 3M	5
46-55 anos	1H/ 4M	5
56-65 anos	3H/ 1M	4
66-75 anos	2H/ 2M	4
Máis de 76	1H / 2M	3
Total	14H/ 16M	30

Táboa nº 141. Participantes nos tres grupos de traballo por idade e xénero. Elaboración propia.

Dezaséis dos compoñentes dos grupos de traballo carecen de estudos universitarios, catorce dos mesmos si cursaron algunha diplomatura-licenciatura. Segundo o nivel de estudos, atopamos:

Nivel de estudos	Nº persoas
Sen estudos	3
Primaria	4
Secundaria	2
Bacharelato	4
Formación Profesional	3
Estudios Universitarios	14

Táboa nº 142. Participantes nos tres grupos de traballo segundo o nivel de estudos. Elaboración propia.

Os documentos foron seleccionados atendendo aos seguintes criterios:

- Documentos de hospitais distintos: Son do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Complexo Hospitalario Arquitecto Marcide e Complexo Hospitalario de Ourense (CHOU).
- Documentos que fan referencia a procedementos médicos frecuentes que poden afectar a un perfil distinto de usuario: adulto varón, adulto muller, neno, ou persoa de idade avanzada.
- Documentos de servizos médicos distintos: Neurocirurxía, Cirurxía, Xinecoloxía, Oftalmoloxía, Medicina Interna.
- Concretamente, os documentos analizados foron:

Documento testado	Servizo/ Hospital
Cirurxía transfenoidal	Servizo de Neurocirurxía CHUS
Cirurxía da hidrocefalia	Servizo de Cirurxía A. Marcide
Histerectomía con/ sin anexectomía	Servizo de Xinecoloxía CHUS
Inyección intravítrea de Avastin	Servizo de Oftalmoloxía CHOU
Endoscopia dixestiva alta	Servizo de Medicina Interna CHUAC
Endoscopia dixestiva alta	Servizo de Medicina Interna A. Marcide
Endoscopia dixestiva alta	Servizo de Medicina Interna CHUS

Táboa nº 143. Documentos de Consentimento Informado testados. Elaboración propia.

Para avaliar o grao de comprensión dos documentos deseñouse un test (ver anexo), composto de 11 preguntas de comprensión de texto e dunha segunda parte de análise comparativa de: comprensión, claridade e atractivo do deseño do total dos 7 documentos de consentimento informado indicados.

3. 3.1. Resultados.

As preguntas plantexadas e as respostas obtidas amosan os seguintes resultados:

Pregunta 1

En base a este fragmento: “Generalmente se trata de lesiones benignas (de lento crecimiento y curables mediante cirugía cuando se consigue quitarlas completamente, aunque a veces no se pueden **resecar** en su totalidad por el tamaño o invasión de estructuras que no se deben lesionar), pero no puede saberse con certeza su naturaleza hasta que no sean analizadas por el patólogo” ¿Qué significa o verbo **resecar**?

Resposta: Extirpar

A pregunta 1 foi contestada incorrectamente por 14 persoas, das cales:

- Segundo o nivel de estudos: 6 carecen de estudos ou teñen estudos de Primaria; 2, de Secundaria; 1 de bacharelato e 5 son licenciados universitarios.

- Por franxas de idade, as respostas erradas foron dadas por persoas das distintas franxas de idade.
- Por xénero, 6 son mulleres e 8, homes.

Nas respostas erradas (16), o verbo “resecar” asóciase co significado máis literal do termo, o de “secar de todo”. Cabe indicar que é un verbo moi común que se emprega na maioría dos documentos de consentimento informado revisados e que se se empregase o seu sinónimo – extirpar- incrementaríase a comprensión sobre en qué consiste a acción á que se refire.

Pregunta 2

Dos riscos da cirurxía transfenoidal, númere de 1 (moi probable) a 4 (pouco probable), en función do grao de probabilidade de que aparezan...

Resposta: (1) Epilepsia Postcirúrxica; (2) Infección; (3) Meninxite; (4) Morte

Esta era unha pregunta de interpretación da gran cantidade de porcentaxes probabilísticas dos riscos que se expoñían no documento de cirurxía transfenoidal. Polo tanto, era unha tarefa de organización mental dunha información que no documento aparecía sen organizar (podían terse clasificado os riscos en máis ou menos frecuentes e en máis ou menos graves, en lugar de empregar porcentaxes, facilitándolle a tarefa ao usuario).

Esta pregunta foi contestada incorrectamente por 21 persoas. As persoas que souberon contestar acertadamente (só 9 nos tres grupos de discusión) presentan as seguintes características:

- Todas teñen estudos: Catro teñen estudos medios (bacharelato) e cinco estudos superiores (diplomatura/ licenciatura).
- Por xénero, cinco son homes e catro, mulleres.
- Por idade, teñen entre 26 e 65 anos, é dicir, non son nin moi novos nin moi maiores.

Pregunta 3

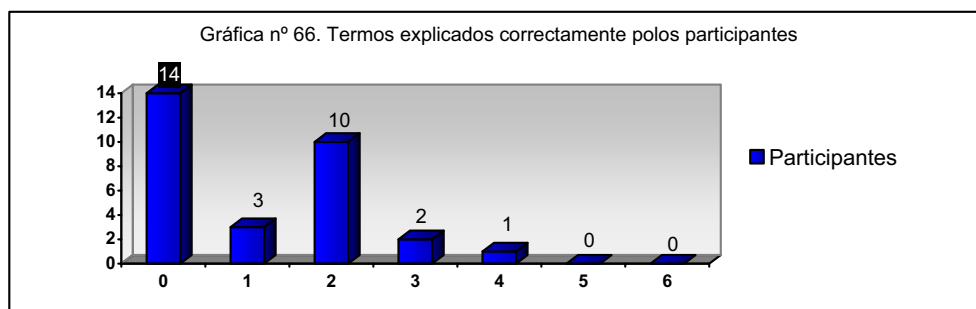
Pregunta de vocabulario, acerca do significado dos seguintes termos médicos atopados:

Embolismo aéreo; Enfermos inmunodeprimidos; Empiema; Hiperglicemia; Afectación trigeminal; Meninxite.

Son todos eles termos que aparecen sen ningunha explicación no documento 1, como riscos da cirurxía transfenoidal aos que se expoñen os usuarios.

Catorce persoas descoñecen o significado da totalidade dos termos sinalados. Algunhas persoas recoñeceron, nos distintos grupos de traballo, que lles sonan algunhas palabras –sobre todo meninxite- pero que non saben en qué consiste como para explicalo brevemente.

Os termos máis coñecidos polas dezaseis persoas restantes foron “meninxite” e “enfermos inmunodeprimidos”.



Pregunta 4

¿A que dá lugar o incremento do líquido cefalorraquídeo?

Pregunta de interpretación e de comprensión das explicacións do documento, concretamente da seguinte frase: “que causa hipertensión intracraneal con grave repercusión sobre o cerebro”. O significado do termo ‘hipertensión’ parece ser ben comprendido polos participantes, polo que esta pregunta foi respostada correctamente pola maioría das persoas (por 26 en total). Cabe sinalar que, salvo unha, as outras persoas que erraron na resposta son maiores de 65 anos.

Pregunta 5

¿Que significa “realizar unha incisión retroauricular, cunha mínima craneotomía, para a colocación dun catéter no ventrículo dilatado”? Explica coas túas palabras

Exercicio de comprensión e de explicación coas palabras propias que pretendía coñecer até qué punto se entende en qué consiste o procedemento médico en cuestión dado que, se se entende, saberase explicar coas propias palabras.

Dez persoas recoñecen abertamente que non saben explicalo xa que non comprenden ben esa oración. Das vinte persoas restantes, realizan unha explicación axeitada un total de 12 persoas, mentres que 8 dan unha explicación incorrecta ou incompleta. Serían explicacións incorrectas as seguintes:

- “Hacer un agujero en la cabeza” (Muller, Lugo, 53 anos)
- “Introducir un catéter con una herida pequeña para colocarlo en el ventrículo del corazón partiendo del cráneo” (Home, Lugo, 71 anos)
- “Colocar un muelle para ensanchar las venas” (Home, Lugo, 84 anos)
- “Faise un corte e colócase un catéter no corazón que comunica co cerebro” (Muller, Compostela, 33 anos)
- “Corte (incisión) en el cerebro y en el abdomen” (Home, Lugo, 59 anos)

Polo tanto, 18 persoas non foron capaces de explicar coas súas palabras – non foron capaces de entender – en qué consiste a cirurxía da hidrocefalia.

Pregunta 6

Pregunta de vocabulario, acerca do significado dos seguintes termos médicos atopados: meningoencefalite e peritonite.

Só unha persoa –licenciado universitario– coñece o significado dambos termos sinalados. Un total de dez persoas coñecen o significado dun dos termos (oito persoas de “peritonite” e dúas de “meningoencefalite”). Un total de 19 persoas descoñecen o significado dos dous substantivos, a pesares de ser unhas das complicacións máis frecuentes (segundo se indica no texto) da cirurxía da hidrocefalia.

Termos explicados correctamente	Nº persoas
0 termos	19
1 termo	10
2 termos	1

Táboa nº 144. Termos explicados correctamente. Elaboración propia.

Pregunta 7

¿Qué significa que “En ocasiones se realiza la apendicectomía como medida profiláctica”?

Vintedúas persoas souberon interpretar o que significa unha “apendicectomía”, así como o adxectivo “profiláctica”. Oito persoas non comprenderon ben esta expresión. Desas oito persoas, só dúas teñen estudos superiores. A maioría non ten estudos ou ten estudos de Primaria ou Secundaria.

Pregunta 8

Pregunta de vocabulario, acerca do significado dos seguintes termos médicos atopados:

Laparoscopia; Eventraciones; Biopsia

Os tres son exemplos de termos médicos moi frecuentes nos documentos de consentimento informado analizados.

Un total de 10 persoas descoñecen o significado dos tres vocablos. Agás unha licenciada, son persoas cun nivel baixo de estudos (Primaria/ Secundaria) ou sen estudos.

Porén, dezaseis dos participantes nos grupos de discusión coñecen o significado dun destes termos, concretamente do termo “biopsia”.

Só catro persoas coñecen o significado de dúas destas palabras: biopsia e laparoscopia. Dúas teñen estudos universitarios e outras dúas estudos de bacharelato.

Ninguén coñece o significado do termo “eventraciones”, que foi confundido con “producción de gases” en dúas ocasións.

Pregunta 9

¿Qué significa que “la vía de administración (de avastin) es la intravítrea mediante la aplicación de anestesia tópica”?

Dezasete persoas non souberon explicar ou fixérono de modo incorrecto o significado referido ao modo de aplicación do fármaco “avastin”. Cinco persoas fixérono de modo superficial (“que se administra o inyecta en los ojos”, Home, 43 anos, Lugo). Un total de 8 entenderon e explicaron coas súas palabras o significado da expresión (“El lugar de aplicación es en el vítreo, aplicando anestesia sólo en esa zona”, Muller, 32 anos, Compostela). Todas elas teñen estudos medios (Formación Profesional) e universitarios.

Pregunta 10

¿En que casos a aplicación de avastin non resulta efectiva?

Este documento foi recoñecido abertamente polos participantes dos tres grupos de discusión como o máis complexo e ilexible de todos, tanto polo seu deseño (tamaño da letra, distribución do texto en páxina, etc.) como pola súa redacción.

Só tres persoas respostaron correctamente a esta pregunta, as tres mulleres con estudos universitarios.

Pregunta 11

¿De cantos termos descoñece o significado? Cónteos e escribaos

Os integrantes dos grupos de discusión consideran que son numerosos os termos que descoñecen deste documento. Por escrito, afirmaron descoñecer alomenos 7 termos do documentos analizados. Os máis citados foron:

- Expresións en inglés: Off-label.
- Nomes de fármacos: Visudyne, Macugen.
- Termos médicos. Todos os que participaron sinalaron os seguintes termos: exudativa, histoplasmosis ocular, estrías angioides, endotelio vascular, antiangiogénico , intravítreo, proteinuria, retinopatía.

Segunda parte: Análise comparativa de tres documentos de consentimento informado sobre endoscopia dixestiva alta.

De cada un dos documentos destacan as seguintes características:

- O documento do CHUAC é un documento de tamaño tipográfico adecuado, pero no que a separación entre parágrafos é igual que a separación intraparágrafos co que o texto non respira.
- O documento do Arquitecto Marcide é un documento cun tamaño tipográfico algo reducido, pero no que o texto respira e, ademais, presenta un debuxo. Ao ser impreso de orixinal, queda moi claro.
- O documento do CHUS é un documento en dúas columnas, con caixas de texto e debuxo no que se indican as partes dos órganos implicados. Porén, é un documento fotocopiado, o que perxudica visualmente a súa presentación.

Buscábamos averiguar qué aspecto era máis valorado polos participantes e se o deseño condicionaba a nota do grao de comprensión dos documentos. Os resultados da valoración dos participantes, de 0 a 10, foron:

Aspecto valorado		Puntuación media
Claridade do deseño	CHUAC	5,2
	A.Marcide	6,3
	CHUS	6,8
Atractivo do deseño	CHUAC	5,2
	A.Marcide	6
	CHUS	6,47
Grao de comprensión	CHUAC	5,3
	A.Marcide	6,21
	CHUS	7,47

Táboa nº 145. Puntuación de tres documentos de consentimento informado de hospitais distintos.
Elaboración propia.

O documento do CHUS foi considerado o máis claro e atractivo, así como o máis comprensible. Cabe sinalar que, nos grupos de traballo, había disparidade entre quen opinaban que o documento do Arquitecto Marcide era máis claro que o do CHUS, principalmente polo emborronamento característico do fotocopiado deste último documento (as puntuacións por canto á súa claridade son as máis reñidas).

Os participantes valoraron positivamente que no documento do CHUS se dirixen no encabezado ao paciente (en lugar de estruturarse baixo a fórmula máis legalista: manifesto- consinto), está estruturado en preguntas-tema, e na súa ilustración figuran o nome das partes do aparato dixestivo (o que non acontece no documento do A. Marcide).

As notas do grao de comprensión correspóndense coas notas en claridade e en atractivo do deseño nos tres casos.

O documento do CHUAC comparece como o menos claro, o menos atractivo e, asimesmo, o menos comprensible.

3.4. Conclusións.

En xeral, os documentos de consentimento informado testados son considerados complexos e difíciles de entender para persoas sen formación médica.

“Son de difícil comprensión para calquera paciente. Poucos entenden o que lles fan”, muller, 48 anos, Rianxo.
“Son demasiado difíciles para persoas sen coñecementos médicos”, Muller, 49 anos, Compostela.
“Tienen términos muy complicados para las personas de a pie. Con términos médicos que te puedes morir, seas persona joven, estudiante o no”, Muller, 40 anos, Lugo.

Salvo os documentos 5, 6 e 7, que son recoñecidos como máis accesibles, os anteriores documentos considéranse excesivamente complexos. Os cualificados máis negativamente polos participantes son o documento 1 e o documento 4. Factores de deseño e de redacción conxúganse na elección de ambos documentos como os máis dificultosos. Ambos son documentos saturados a nivel visual e cunha carga de vocabulario médico bastante elevada, así como de redacción complexa:

- O documento 1 ten unha media de termos médicos superior á do conxunto de documentos médicos de consentimento informado analizados: un total de 19. Un total de 10 oracións son superiores a 26 palabras e o 90% das súas oracións son subordinadas.

“El 1 tiene lo suyo... Quedarse con todos los términos y los tantos por cientos es complicado”, Home, 65 anos, Rianxo.

- O documento 4 presenta un total de 16 termos médicos sen explicar. Un total de 14 oracións teñen máis de 26 palabras e o índice de subordinación é máis baixo (do 28%).

“El cuatro tiene la letra pequeña... muy junta... complicado de leer”, Muller, 32 anos, Compostela.

Pola contra, o documento 7, do CHUS, é considerado o máis facilmente comprensible polos integrantes dos grupos de traballo. Presenta un corpo tipográfico superior e un interliñado entre parágrafos superior ao interliñado intraparágrafo. As súas características de redacción así o avalan:

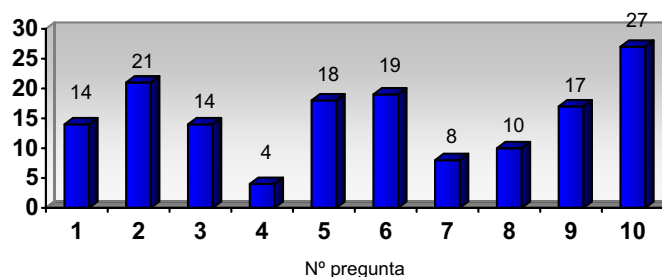
- O documento 7 é unha das excepcións á norma por canto ao vocabulario médico xa que só presenta un termo médico que pode resultar dificultoso (biopsia). Seis oracións superan as 26 palabras. O índice de subordinación na redacción é intermedio respecto dos dous documentos anteriores (do 41,6%).

En definitiva, tralo testeado realizado, podemos concluír que:

1. Os termos de vocabulario médico precisan ser explicados xa que senón non son comprensibles para a maioría das persoas. Dos doce termos médicos sobre os que, en conxunto, se preguntaba o seu significado, ningunha persoa os coñecía todos e un total de 7 non coñecían ningún (Preguntas 1, 6 e 8).
2. As expresións probabilísticas dos riscos médicos deben entregarse interpretadas aos usuarios xa que senón as dificultades de comprensión son elevadas, tamén para as persoas con estudos superiores (Pregunta 2).
3. A redacción das oracións debe facerse con palabras máis sinxelas para que as persoas poidan comprender o procedemento ao que van ser sometidos e sexan capaces de explicalos coas súas propias palabras (Preguntas 5 e 9).
4. O feito de incluír ilustracións, de presentar unha calidade da impresión clara e de ordenar a información por epígrafes ou preguntas-tema é valorado positivamente polos usuarios (Última pregunta).
5. As persoas con niveis de estudos baixos e de maior idade (a partir dos 65 anos) presentan maiores dificultades para comprender os textos dos documentos (tanto en preguntas de vocabulario como de comprensión escrita). Os documentos deberan ser accesibles para persoas de todas as idades e niveis educativos.

En resumo, os resultados do test de comprensión indica que hai dificultades para entender os textos dos documentos de consentimento informado que se lle proporcionan aos usuarios.

Gráfica nº 67. Participantes que fallaron en cada unha das preguntas (agás a pregunta 11)



As impresións xerais dos participantes nos grupos de testeo subliñan a dificultade de comprensión dos documentos:

“Deberían ser más coloquiales”, Home, 59 anos Compostela.

“Entiendo que utilicen términos médicos para explicar alguna cosa, pero no sé... que les pongan un asterisco o lo que sea para que todo el mundo sepamos a qué se refieren”, Muller, 43 anos, Lugo.

“No te enteras de nada”, Muller, 33 anos, Compostela.

Por outra banda, pero en relación coa súa complexidade, os documentos de consentimento informado son considerados polos participantes dos grupos de discusión como un mecanismo defensivo empregado polos médicos para protexerse en caso de que o procedemento médico non resulte como agardaban.

“Esto é unha norma para protexelos a eles. Necesítano eles, non eu”, Home, 27 anos, Rianxo.

Entenden que o documento debe completar un proceso de información entre médico e enfermo, no que priman as explicacións e a tranquilidade que transmita o facultativo por riba da entrega do documento.

“Lo fundamental para el enfermo no es que le entreguen esto. Es que el médico se pare diez minutos y le explique exactamente lo que te van a hacer y los riesgos que tú tienes”, Muller, 65 anos, Rianxo.

“Al final, lo que tienes es miedo y lo que necesitas es que alguien te diga te voy a hacer esto y te lo voy a hacer de esta manera y no te preocupes y no te hace falta que te digan el 30% de la gente se muere en ese momento”, Muller 40 anos, Lugo.

“Te tranquiliza más las explicaciones del médico”, Home, 59 anos, Lugo.

Bloque 4: Conclusións Xerais

4.1. Síntese de conclusións

Na introdución deste traballo, plantexáronse algunhas hipóteses baseadas na experiencia e intuición, así como nas aportacións coñecidas grazas á construción do marco teórico.

A investigación centrouse en coñecer o grao de desenvolvemento da comunicación hospitalaria en Galicia en relación co seu *stakeholder* máis importante: os usuarios efectivos dos servizos do hospital, concretamente, os da área de hospitalización.

Para iso, primeiramente, quixemos coñecer cales eran e como estaban organizados os departamentos de comunicación das institucións hospitalarias. En segundo lugar, achegámonos á opinión dos usuarios hospitalizados respecto da información e trato recibidos durante o seu paso polo hospital. Nun terceiro momento, centramos a análise nos documentos escritos (na información escrita) dirixidos aos usuarios.

Para rematar, queremos facer confluír estes tres vectores, aunar as tres análises efectuadas até o de agora, nunha visión xeral de conxunto que recolla as principais aportacións realizadas respecto do tema central da presente tese.

A investigación levada a cabo ao longo do presente traballo permítenos concluír que⁵⁶:

1. **A Comunicación Hospitalaria en Galicia atópase maioritariamente en estado inicial ou avanzado (nun 53,2% dos casos), pero unha parte importante do sector (o 46,5% restante, de titularidade privada) aínda se encontra nunha etapa pre-comunicativa.**
2. **A Comunicación Hospitalaria en Galicia ten un maior desenvolvemento no sector público que no privado.**
3. **A Comunicación no sector hospitalario público= Comunicación Política= Comunicación Externa.**
4. **Na rede hospitalaria pública predominan os fluxos comunicativos de tipo vertical.**

⁵⁶ Para unhas conclusións en maior detalle, consultar as conclusións de cada un dos bloques que integran a investigación.

5. A Comunicación Hospitalaria privada caracterízase por atoparse nunha etapa pre-comunicativa (non comunican) ou pola contratación de asesorías externas de comunicación.
6. A Comunicación Hospitalaria Interna é asumida como función dos departamentos de comunicación que teñen sede e persoal no hospital, aínda que non sempre está planificada.
7. O gabinete de comunicación hospitalario elude parte das súas funcións de Comunicación Intermedia, pois non asume a titoría xerárquica de unidades responsables de informar os usuarios do hospital (puntos informativos e servizos de atención ao paciente).
8. Aínda non se reconece a figura do xornalista dentro do hospital.
9. A Comunicación non se emprega como ferramenta de xestión ao servizo da estratexia hospitalaria.
10. A metade dos gabinetes de comunicación están descoidando a formación en comunicación do persoal do hospital.
11. Os usuarios ingresados demandan maior información da que están a percibir, sobre todo na etapa de preingreso.
12. O grao de satisfacción coa información recibida resulta máis baixo nos ingresos por Urxencias
13. Existe un marxe de mellora no trato ao usuario por parte dos colectivos profesionais que traballan no hospital.
14. Case un de cada catro usuarios está insatisfeito coa información médica recibida.
15. Comportamentos comunicativos centrados nos usuarios por parte dos profesionais médicos favorecen a satisfacción coa información recibida.
16. Os documentos dirixidos aos usuarios caracterízanse por ser pouco visuais, estar pouco coidados e estar redactados de modo complexo.

17. O grao de comprensión dos documentos de consentimento informado é baixo, especialmente para as persoas de máis de 65 anos e de menor nivel de estudos.

Explicamos máis polo miúdo cada unha destas conclusións:

1. A Comunicación Hospitalaria en Galicia atópase en estado inicial ou avanzado (nun 53,2% dos casos), pero existe unha parte importante do sector (o 46,5% restante, de titularidade privada) que aínda non detectou a necesidade de poñer en marcha un departamento de comunicación propio ou externo.

Isto débese ao feito de que estes hospitais privados son pequena e mediana empresa, é dicir, teñen menos de 500 empregados, polo que non o consideran necesario. A tendencia atópase en consonancia cos datos que revelan que apenas un 20% das PYMES españolas contan con gabinete de comunicación (García Orosa, 2005, Fernández Souto, 2005).

A isto se engade que a formulación do modelo de negocio no sector sanitario se basea nos concertos co Servizo Galego de Saúde e coas aseguradoras privadas, co que non o consideran relevante en relación coa súa supervivencia e rendibilidade económica a medio prazo.

2. A Comunicación Hospitalaria en Galicia ten un maior desenvolvemento no sector público que no privado.

Mentres que no sector público, todas as entidades contan con algún gabinete (propio ou externo) que se ocupe da súa comunicación, no sector privado existe un 70% de hospitais que carecen do mesmo.

Isto débese á fusión que se produce entre comunicación institucional e política na rede pública, que conduciu a que todos os hospitais públicos contasen con algún gabinete que respondese por eles ante os medios de comunicación, asegurando asimesmo a dirección comunicativa exercida dende o gabinete da Consellería -SERGAS, de aí que se priorice, consecuentemente, a comunicación externa.

Así, só sete dos quince hospitais públicos galegos teñen gabinete de comunicación, pero os gabinetes existentes atenden a comunicación dos quince hospitais dependentes do SERGAS, co que un mesmo gabinete atende a comunicación de varios hospitais.

Este é o caso dos gabinetes de comunicación das Direccións Provinciais do SERGAS en Ourense e Lugo, que se ocupan da comunicación externa dos hospitais da provincia, así como

do propio gabinete da Consellaría-SERGAS, que se ocupa da comunicación externa dos hospitais da provincia da Coruña que non dispoñen de estrutura de comunicación fixa e estable.

O reparto de recursos e actividades dos gabinetes entre os hospitais da rede hospitalaria pública galega implica unha limitación nas súas funcións (e subliña a tendencia a priorizar a comunicación externa).

3. A fórmula do sector hospitalario público sería a seguinte:

COMUNICACIÓN HOSPITALARIA PÚBLICA= COMUNICACIÓN POLÍTICA= COMUNICACIÓN EXTERNA

A Comunicación Hospitalaria pública en Galicia caracterízase pola dependencia funcional dos departamentos de comunicación hospitalarios da titoría política levada a cabo dende o gabinete de comunicación da Consellaría-SERGAS. Caracterízase, asimesmo polo importante peso da comunicación externa.

Aínda que os gabinetes manifestan depender organicamente das xerencias hospitalarias, recoñecen que funcionalmente dependen do gabinete da Consellaría de Sanidade-SERGAS. Este último é un departamento cuxo xefe é nomeado polo/a conselleiro/a de sanidade, un cargo político que nomea ao seu persoal de confianza, de maneira que as directrices comunicativas dos gabinetes dos hospitais parten do departamento de comunicación sito en Compostela.

A prioridade da rede pública é a comunicación externa. É aquela que recibe unha maior nota en importancia e á que os gabinetes adican maior cantidade de tempo e de recursos. Isto enténdese en parte debido a que os recursos humanos dos gabinetes son limitados e, como xa se dixo, en moitos casos deben atender a comunicación doutras institucións.

A comunicación ao usuario nin sequera é recoñecida como función do gabinete nalgúns dos departamentos de comunicación estudados (caso do CHUS ou do CHOP).

4. Na rede hospitalaria pública predominan os fluxos comunicativos de tipo vertical.

Os fluxos verticais son de dous niveis: No cumio da estrutura vertical estaría o gabinete de comunicación da Consellaría de Sanidade – SERGAS e nun nivel intermedio os gabinetes de comunicación das Direccións provinciais do SERGAS.

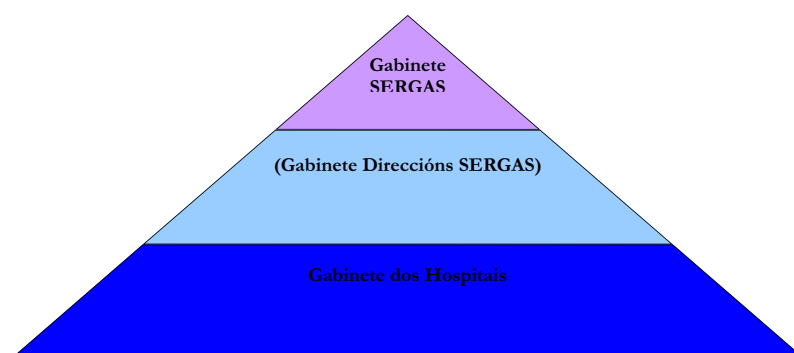


Figura nº 7. Fluxos verticais na rede hospitalaria pública. Elaboración propia.

Os fluxos horizontais son espontáneos e menos habituais. Na pasada lexislatura (2004-2008) houbo só dúas xuntanzas de todos os membros dos gabinetes hospitalarios e os contactos espontáneos vehículanse vía telefónica ou correo electrónico.

5. A Comunicación Hospitalaria privada en Galicia caracterízase pola contratación de asesorías externas de comunicación ou por unha actitude reactiva ás demandas informativas externas cos recursos propios. Infravalórase a necesidade dun departamento de comunicación estable e integrado na entidade.

Dos hospitais privados galegos (30), só un dispón de gabinete de comunicación e un total de oito teñen externalizada a súa comunicación a unha asesoría externa.

Os 21 restantes responden cos seus propios recursos ás demandas informativas dos medios ou manteñen unha actitude silente e pasiva respecto da interacción co entorno da institución.



6. A Comunicación Hospitalaria Interna é asumida como función dos departamentos de comunicación que teñen sede e persoal no hospital, aínda que non sempre está planificada.

A función de Comunicación Interna é asumida polos departamentos de comunicación dos hospitais integrados na institución, caso dos complexos hospitalarios e do USP – Santa Teresa.

Non obstante, posúen plan de comunicación interno só algúns destes hospitais, concretamente: o Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña, o Complexo Hospitalario Universitario de Santiago⁵⁷, o Complexo Hospitalario de Pontevedra e o Complexo Hospitalario Xeral-Calde⁵⁸.

7. O gabinete de comunicación hospitalario elude parte das súas funcións de Comunicación Intermedia, pois non asume a titoría xerárquica de unidades responsables de informar os usuarios do hospital (puntos informativos e servizos de atención ao paciente).

A pesar de que en varios casos se apunta entre as funcións do gabinete a da supervisión dos puntos informativos do hospital, o gabinete non é o departamento de quen dependen os puntos informativos dos hospitais xerarquicamente.

⁵⁷ Elaborado recentemente (2008) por unha consultora externa.

⁵⁸ O Complexo Hospitalario Xeral-Calde non posúe un departamento interno, senón que a persoa que ten a praza no cadro de persoal do hospital foi trasladada á Dirección provincial do SERGAS en Lugo. Non obstante, afirma que existe un plan de comunicación interno para o Xeral-Calde.

Tampouco dependen del os servizos de atención ao paciente, a pesar de que a maior parte das reclamacións que xestionan están relacionadas con aspectos de trato ao usuario (García González e González Ventura, 2007)⁵⁹.

Cabe destacar tamén que a metade dos hospitais privados carecen de servizo de atención ao paciente, debido á conxunción dos seguintes factores:

- A non existencia legal de que dispoñan deste servizo de atención ao usuario.
- As súas pequenas dimensións, que lles fan prescindir dos departamentos que non resultan estritamente necesarios.

8. Aínda non se reconece por completo a figura do xornalista dentro da estrutura laboral do hospital.

Catro dos dez profesionais que desenvolven tarefas de comunicación relacionadas coa actividade hospitalaria pública figuran, a nivel interno, como técnicos da función administrativa, de maneira que non se lles está a recoñecer a especificidade do traballo que levan a cabo no hospital.

9. A Comunicación non está sendo concibida como unha ferramenta de xestión por parte das xerencias hospitalarias.

Aínda que a función de comunicación depende xerarquicamente do máximo órgano de xestión do hospital (a xerencia), maioritariamente, a comunicación non está planificada, o que indica:

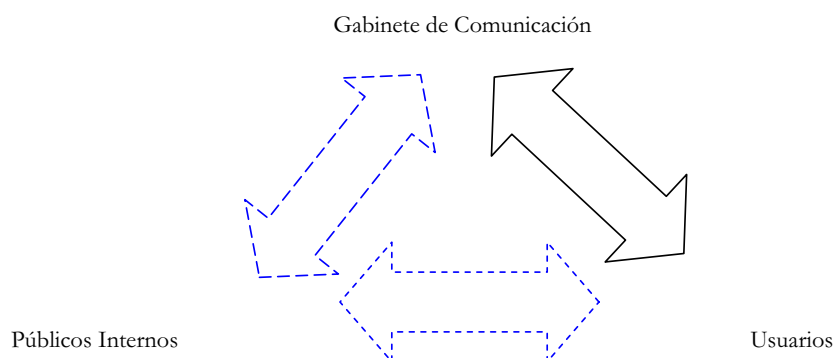
- 1º. Que non se concibe como ferramenta de xestión.
- 2º. Que a estratexia comunicativa non pode integrarse no plan estratéxico da institución.

10. A metade dos gabinetes de comunicación hospitalarios están descoidando a formación en comunicación do persoal, unha función importantísima de cara á comunicación cos usuarios. Isto ponse de relevo no segundo bloque da investigación, por canto ás necesidades informativas e de trato expresadas polos usuarios enquisados.

⁵⁹ Os autores recollen como un 43% das reclamacións presentadas no Servizo de Atención ao Paciente do Hospital Universitario Central de Asturias nos anos 2004 e 2005 expresan conflitos de comunicación e de relación e disconformidade coa atención recibida (moi por riba, por certo, das reclamacións relacionadas cos listados de agarda, que ocupa a segunda posición e supón un 26,3% de media).

Os usuarios amosan demandas informativas e de trato que non están sendo cubertas polos profesionais do hospital. Isto significa que a función de comunicación ao usuario non está sendo satisfactoria: os traballadores non están a cumprir a función axeitada como embaixadores ante os públicos intermedios.

Os departamentos de comunicación dos hospitais están a descoidar a función de tutoría comunicativa respecto dos públicos internos, o que constitúe, segundo cremos, unha das causas máis importantes desta inadecuación.



Esquema nº40. Función titora gabinete de comunicación- públicos internos- usuarios.
Elaboración propia

11. Os usuarios demandan maior información da que están a percibir ao longo das distintas etapas do ingreso hospitalario, de modo especialmente destacado, na etapa de preingreso.

A etapa de preingreso é aquela na que os usuarios amosan un índice maior de necesidade de información. A necesidade dun número telefónico ao que acudir en caso de precisar máis información é unha demanda compartida por usuarios ingresados vía urxencias ou ingresos programados.

Polo demais, as necesidades informativas difiren en cada caso. Nos ingresos programados amósanse preferencias por aspectos útiles para a vida no hospital: obxectos persoais ou regras e rutinas; nos ingresos por urxencias, o nome do médico e o nivel de gravidade son as necesidades máis importantes.

Ademais, non se está a entregar unha guía de acollida ou manual do paciente, co que este ingresa descoñecendo o entorno hospitalario, as súas posibilidades de actuación, os servizos dispoñibles, o persoal que o atende, ou as súas obrigas e dereitos como pacientes. Aínda que estes se atopan en

carteis ou murais ubicados nas plantas de ingreso, o hospital debería poñelos ao seu dispor para familiarizarse con eles.

12. O grao de satisfacción coa información recibida resulta máis baixo nos ingresos por Urxencias

É no caso de usuarios ingresados por Urxencias no que se atopa unha peor valoración da comunicación e da estadia hospitalaria. Ademais, un 79% destes usuarios botaron en falla algún tipo de información na etapa de preingreso. Tamén son os usuarios que ingresaron por Urxencias os máis insatisfeitos coa información proporcionada por facultativos e profesionais sanitarios:

- Dos usuarios insatisfeitos coa información médica (24,3%), a maioría (un 69,47%) ingresaron por Urxencias, mentres que un 30,52% ingresaron por ingreso programado.
- Dos usuarios insatisfeitos coa información proporcionada polos profesionais sanitarios non médicos (21%), un 73,17% ingresaron por Urxencias, mentres que o 26,82% restante ingresaron vía ingreso programado.

13. Debe mellorarse o trato ao usuario por parte dos tres colectivos profesionais cos que manteñen contacto os usuarios: os profesionais médicos, profesionais sanitarios non médicos e profesionais non sanitarios.

Por canto aos profesionais médicos, estes non se presentan aos usuarios dos que se ocupan en algo máis de dous de cada dez casos. Tampouco se interesan polas súas preocupacións respecto da enfermidade en tres de cada dez. Non pasan suficiente tempo en cada visita tamén en tres de cada dez. Non teñen unha actitude próxima co usuario en catro de cada dez.

Respecto dos profesionais sanitarios non médicos, non se presentan ao usuario en cinco de cada dez casos. Non se identifican (non identifican o seu rol) en tres de cada dez. Non lles indican as actuacións que lles van realizar (sobre o corpo dos usuarios) en tres de cada dez.

No tocante ao persoal non sanitario, en dous de cada dez casos, os usuarios consideran que non foron amables con eles.

14. Case un de cada catro usuarios está insatisfeito coa información médica recibida.

Concretamente un 24,3% dos usuarios enquisados declarouse insatisfeito coa información médica recibida.

A pesares de que os usuarios declaran que a información médica recibida é suficiente (59,84%), ou abundante (23%) demandan máis información nun 51,15% dos casos. Isto permítenos confirmar a existencia dunha tendencia ao conformismo coa información facilitada polos médicos, consonte co rol que os usuarios perciben como modelo de conduta correcto no hospital –o de bo paciente- de maneira que na metade dos casos, a información proporcionada é cualificada de suficiente, aínda que os usuarios botasen en falla algún tipo de información.

Por todos estes motivos, consideramos que os facultativos deberían recibir algunha formación en comunicación e información ao paciente para poder detectar as necesidades informativas dos usuarios e satisfacelas.

15. Determinados comportamentos comunicativos dos profesionais médicos favorecen a satisfacción coa información que proporcionan aos usuarios.

As actitudes comunicativas dos facultativos “centradas no paciente” correspóndense con altos índices na satisfacción coa información recibida.

Os comportamentos comunicativos que favorecen os resultados de satisfacción son:

- Interesarse polo estado de ánimo e as preocupacións do usuario respecto da enfermidade.
- Brindarlle a posibilidade ao usuario e aos seus familiares de que lle realicen preguntas en todo momento.
- Manter unha actitude próxima cos usuarios.

16. Os documentos de consentimento informado e de recomendacións médicas dirixidas aos usuarios caracterízanse por:

- a. **Ser pouco visuais:** Empregar uns usos tipográficos inadecuados e realizar unha distribución do texto en páxina tamén inadecuada. Non empregar apenas ilustracións ou debuxos explicativos.
- b. **Estar pouco coidados:** Por canto ao tratamento de xénero que realizan e a presenza de faltas de ortografía ou erratas. Elevada presenza de documentos

fotocopiados en lugar de impresos dende o orixinal, o que entorpece a súa visibilidade.

- c. **Estar redactados de modo complexo:** Con predominio de oracións complexas e subordinadas, presenza de oracións mal redactadas e de parágrafos de máis de seis liñas.

No caso dos documentos de consentimento informado, destaca o elevado número de termos médicos presentes e o emprego de expresións probabilísticas por canto aos riscos dos procedementos.

17. O grao de comprensión dos documentos de consentimento informado é baixo, especialmente para as persoas de máis de 65 anos ou de menor nivel de estudos (sen estudos, primaria ou secundaria).

Os termos médicos que non se explican son dificilmente comprensibles para os usuarios, independentemente do nivel de formación e da idade.

Os usuarios consideran os documentos de consentimento informado analizados extremadamente difíciles para calquera persoa que careza de formación médica.

O feito de incluír ilustracións, de presentar unha calidade da impresión clara e de ordenar a información por epígrafes ou preguntas-tema é valorado positivamente polos usuarios.

Como **LIÑAS DE MELLORA PARA UNHA COMUNICACIÓN ORIENTADA AO USUARIO HOSPITALIZADO**, propoñemos:

- Os hospitais, en especial os de mediano tamaño, deberán incorporar como **departamento estable e integrado** un departamento de comunicación, que dependerá da xerencia/dirección do hospital e que asumirá as seguintes funcións:
 - Supervisión e tutoría xerárquica dos Puntos Informativos do Hospital.
 - Supervisión e tutoría xerárquica do Servizo de Atención ao paciente. Os hospitais deberán dotarse dun servizo de atención ao usuario, cuxas funcións serán máis ou menos amplas, segundo os recursos dispoñibles e a estratexia do departamento de comunicación.
 - Supervisión e tutoría xerárquica dunha Oficina de atención ao profesional, no caso de desexar poñela en marcha como medida de coñecemento das expectativas dos públicos internos e como medida de mellora nas relacións entre os profesionais do hospital.
 - Formación en comunicación do persoal.

A comunicación interna e ao usuario serán dúas liñas de traballo prioritarias do departamento de comunicación. Cómpre potenciar unha cultura hospitalaria na que a relación co usuario adquira maior valor e recoñecemento. Dentro da comunicación externa, deben potenciarse outras relacións ademais das relacións cos medios de comunicación, de maneira que o hospital reforce a súa vocación de servizo social.

- A **estratexia de comunicación** será ideada e planificada polo departamento de Comunicación co apoio da xerencia e ao servizo da estratexia de xestión, como ferramenta clave para acadar os obxectivos institucionais determinados. Ao servizo de dita estratexia, poñeranse en marcha as canles de comunicación consideradas necesarias. O uso das novas tecnoloxías da información e da comunicación debe estar moi presente no panorama comunicativo que se deseñe.
- O hospital debe recoñecer a figura do xornalista ou técnico en comunicación no hospital. Isto permitirá o recoñecemento interno da función e do departamento de comunicación hospitalario que deixará de ser concibido como un gabinete para as relacións cos medios.
- Os profesionais do servizo de admisión, como persoal de primeiro contacto, recibirán unha **adecuada formación en comunicación** ao paciente. Tamén os médicos, como principais

interlocutores co usuario e coa familia, son outro dos públicos prioritarios que precisan recibir formación en comunicación. Isto permitiralles relacionarse co novo perfil de usuario que se está a configurar na actualidade: máis formado, máis informado, máis esixente e máis activo na toma de decisións sobre a súa saúde.

- Ao ingresar, o usuario recibirá un **manual ou guía do paciente**, que será supervisada polo departamento de comunicación, onde se lle explicarán:
 - Coñecemento da institución que o acolle: historia, misión, visión, valores.
 - Instalacións e servizos do hospital.
 - Directorio telefónico cos número de teléfono de interese.
 - Dereitos e obrigas.
 - Presentación do persoal do hospital.

- Diseñárase un **protocolo de comunicación ao usuario hospitalizado**, no que paso a paso, nas distintas etapas do ingreso hospitalario, queden expostas as actividades de información e de trato que debe desenvolver o persoal. Con fundamento nas conclusións extraídas deste estudo e das revisións realizadas na parte teórica da presente tese, aportamos a seguinte proposta para un protocolo de comunicación ao usuario hospitalizado.

O AVISO Ó USUARIO. O PRE-INGRESO.

1.a. En ingresos programados

- Tempo de antelación. Procurar que o tempo de aviso para o ingreso hospitalario oscile entre os 4-6 días ou unha semana de antelación.
- Información que debe proporcionarse nese aviso:
 - Hora e lugar.
 - Obxectos persoais necesarios.
 - Normas para o acompañante e horas de visita.
 - Teléfono de atención para preguntar dúbidas

1.b. En ingresos por Urgencias

- Información que debe proporcionarse nese aviso:
 - Nivel de gravidade.
 - Nome do médico que leva o caso.
 - Teléfono de atención para os familiares.
- Establecer un punto informativo para familiares de ingresados por urgencias.

O INGRESO EN PLANTA: COMUNICACIÓN DE BENVIDA

A persoa que realice a acollida en planta debe ocuparse de que o usuario

- Reciba información escrita:
 - Guía do usuario.
 - Carta de dereitos e obrigas.
 - Nome do médico que se ocupará do seu caso.
- Reciba información oral sobre:
 - Normas internas.
 - Horarios.
 - Horas de visitas.
 - Dinámicas de funcionamento.
 - O Servizo de Atención ó Paciente.

A ESTADÍA NO HOSPITAL. COMUNICACIÓN CONSTANTE
--

▪ **Comunicación por parte do médico: Pase de visita**

1. Na primeira visita, o médico deberá presentarse e dirixirse ó paciente polo seu nome: Darlle a man, manter o contacto ocular, sorrir. Atender á comodidade física do paciente. Presentarse ademais ao usuario/ acompañante.

A primeira visita do médico debería ser algo máis longa, para tentar establecer un vínculo de confianza co paciente e cos familiares. Preguntarlle polas súas preocupacións e inquedanzas respecto da enfermidade/ tratamento/ proba diagnóstica.

2. O médico proporciona o tipo e cantidade de información adecuado.

-Primeiro, o médico debería coñecer o grao de desexo de información do usuario. Evitar proporcionar información, advertencias, ou seguridade, de forma prematura.

-O médico debe evitar o uso dunha linguaxe técnica. Ser conciso e empregar unha linguaxe comprensible para o paciente. Debe asegurarse de que o paciente comprende a información que lle vai proporcionando.

-Debe ter en conta que a información de diagnóstico e de pronóstico constitúen informacións de relevancia para o usuario.

-Daralle a oportunidade e animará o usuario a preguntar, expresar dúbidas, preocupacións, etc., así como a ampliar, se o desexa, a información proporcionada.

-Debería ser tranquilizador e atento, mostrarse interesado polo estado de ánimo e as preocupacións do usuario. Éste debería velo como unha persoa próxima.

-Debería ir tratando co paciente os resultados das probas/ procedementos e as alternativas que se presenten (por se éste desexa participar na toma de decisións).

▪ **Comunicación por parte do persoal sanitario non facultativo**

- Deberá presentarse no primeiro contacto co paciente, indicando o nome e ocupación (*Bos días, Manuel. Son María, auxiliar de enfermería*).

- Dirixirse ó paciente polo seu nome (é unha persoa, non un número de habitación e cama).

- Deberá informar das actuacións que realicen sobre o corpo do usuario: Extracción de sangue, cambio de sueros, etc. Debería explicar o que vai facer e para qué. (*Voulle extraer un pouco de sangue para analizar como están as plaquetas*).

- Preocuparse polo seu estado de ánimo. (*Como se atopa hoxe? Máis animado?*)
- Solventar as dúbidas do usuario e os seus familiares.
- **Comunicación por parte do persoal non sanitario**
 - O persoal non sanitario debe ser un persoal amable en todo momento, que resolva as situacións/consultas de maneira rápida e eficiente.
 - Os puntos de información deben contar sempre con alguén e deben dispoñer de documentación necesaria (guías do usuario, campañas de prevención, material informativo...).

A ALTA HOSPITALARIA: COMUNICACIÓN DE DESPEDIDA

- O aviso de alta debe indicarse, preferentemente, a véspera da marcha do hospital por parte do usuario.
- O médico é o encargado de dar a alta. Debe aclarar:
 - Aspectos de pronóstico.
 - Aspectos de continuidade dos coidados.
 - Información por escrito de apoio.
 - Comprobar que o usuario recorda o que se lle explicou.
 - Aclarar dúbidas.

Despedida cordial e amable. Procurar evitar as prásas.

- Os **documentos de información ao usuario**, tales como os documentos de consentimento informado e os documentos de recomendacións médicas, serán supervisados polos departamentos de comunicación.

Estes ocuparanse de vixiar a presentación e a redacción desta información, encargándose de que cumpra o seguinte decálogo:

- Por canto ao **deseño dos documentos**:
 1. Corpo de texto non excesivamente reducido (corpo 12 en diante).
 2. Usos tipográficos adecuados. Racionalizar o emprego de maiúsculas, negriñas ou cursivas.

3. Distribución na superficie axeitada: deixar que o texto respire. Marxes amplas e interliñado entre parágrafos superior ao interliñado intraparágrafos.
4. Axudarse de elementos visuais para xerarquizar a información. Entre eles, podería empregarse a cor. Pero tamén: viñetas, símbolos, cadros de texto, etc. De maneira lóxica, sen recargar o texto con exceso de elementos visuais.
5. Axudarse de elementos textuais (preguntas ou intertítulos) para organizar por contido (ou temáticas) a información.
6. Incluir imaxes (debuxos ou fotografías) explicativas sempre que sexa posible.
7. Coidar a presentación: Impresión de orixinal en vez de fotocopias.

- Por canto á **redacción dos documentos**:

1. Vixiar o emprego de termos médicos. Substituílos por explicacións ou terminoloxía común.
2. Redactar oracións simples. Reducir o emprego de subordinadas.
3. Limitar o uso de acotacións ou parénteses.
4. Simplificar as expresións que poidan redactarse dun modo máis sinxelo.
5. Procurar parágrafos que non superen as seis liñas e oracións que non sobrepasen das 26 palabras.
6. Evitar o emprego de siglas ou abreviaturas.
7. Coidar o contido: Corrixir erratas e aplicar un tratamento de xénero respectuoso.

4.2. Liñas de investigación abertas

Cómpre continuar o camiño iniciado con esta investigación con outros estudos, para coñecer como evoluciona a Comunicación Hospitalaria en Galicia, ou para comparala coa comunicación hospitalaria noutras comunidades autónomas ou a nivel de España (non se atopou ningún estudo destas características, por exemplo).

Asimesmo, podería resultar de interese a análise da comunicación interna nos hospitais, para coñecer se a comunicación interna está a cumprir esa triple vocación á que está chamada: informar, unir e motivar.

A comprobación da relación existente entre unha Comunicación Hospitalaria Interna eficaz e adecuada e unha Comunicación ao usuario satisfactoria para este permitirá comprobar a hipótese de que ambas vertentes (comunicación interna e intermedia) están necesariamente vinculadas.

O emprego das novas tecnoloxías da información e da comunicación ao servizo da comunicación hospitalaria podería ser outra temática de atención e de análise pois cobrará cada vez unha maior importancia como canle e soporte de comunicación institucional externa e interna.

Liña de investigación 1: Grao de desenvolvemento e profesionalización da Comunicación Hospitalaria a nivel de España.

Liña de investigación 2: Relación entre a Comunicación Hospitalaria Interna e a Comunicación ao usuario.

Liña de investigación 3: Impacto das novas tecnoloxías na comunicación Hospitalaria Externa, Interna e ao Usuario.

Por outra banda, a Comunicación entre os profesionais sanitarios e os usuarios continúa sendo, a pesar de terse convertido nun dos eidos máis prolíficos da comunicación para a saúde nos últimos anos, un campo de estudo no que afondar por canto ás características individuais (do profesional sanitario e do usuario) e por canto ás características do marco asistencial especialmente.

O impacto das novas tecnoloxías da comunicación ou a evolución cara a un novo perfil de paciente (máis formado e informado) suporán novas situacións que poderán ser suxeitas a estudo.

A comunicación de malas noticias e a formación en habilidades de comunicación para os profesionais sanitarios son outras temáticas sobre as que poderían realizarse estudos en profundidade.

En contexto hospitalario, convén achegarse máis polo miúdo ás necesidades comunicativas dos usuarios dos servizos de Urxencias, quen, independentemente de que ingresen ou non con posterioridade, son quen padecen a situación de incertidume e de falta de información máis agudizada.

Liña de investigación 4: Comunicación médico-usuario:

- ¿Que perfil de usuario desexa ser máis e mellor informado?
- ¿Como está a afectar a Rede á relación médico-usuario?
- O proceso de consentimento informado: Comparativa de resultados entre a existencia dun proceso informativo ao usuario ou a súa ausencia.

Liña de investigación 5: Como se comunican malas noticias. ¿Serve a formación en habilidades comunicativas a este propósito?

Liña de investigación 6. As necesidades comunicativas dos usuarios de Urxencias. Profundización. Deseño dun procedemento informativo axustado.

Tamén a comunicación para educar en saúde constitúe un campo de investigación no que se precisan máis seguridades e ancoraxes. Manexar as claves da comunicación para educar en hábitos de vida saudables suporía un aforro do gasto sanitario e unha mellora na calidade de vida da sociedade.

Noutra orde de cousas, a do xornalismo da saúde, cumpriría coñecer o grao de presenza dos xornalistas especializados en saúde nas redaccións. Tamén ir constatando a evolución da Rede como fonte de información sobre saúde e ir desenvolvendo métodos de garantías informativas para as informacións sobre saúde que circulan por Internet.

Liña de investigación 7: Claves da educación en saúde. ¿Como educar en hábitos de vida saudables?

Liña de investigación 8: O xornalismo da saúde en Galicia. ¿Espellismo ou realidade?

Liña de investigación 9: Internet e a información sobre saúde.

Existen, por tanto, moitos e moi distintos fíos dos que tirar para coñecer máis a fondo o ámbito da comunicación en relación coa saúde e o da comunicación hospitalaria en particular.

O estudo da comunicación ao servizo da saúde e do benestar dos usuarios constitúe un tema de interese público, no que deberían incrementarse os esforzos e os recursos de investigación, así como os esforzos en formación específica, tanto no sector da comunicación como no da sanidade.

6. BIBLIOGRAFÍA E FONTES CONSULTADAS NA ELABORACIÓN DO CAPÍTULO

Almansa Martínez, A. (2006): “Gabinetes de comunicación. Estudio sobre su presencia en las organizaciones”, *Analisi*, 34, páxs. 223-237.

Averill, J. R. (1973): “Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress”, en *Psychological Bulletin*, 80, páxs. 286-303.

Barbero, J. (2006): “El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar”, en *Anales del Sistema Sanitaria de Navarra*, Vol. 29, Suplemento 3.

Borràs, F. X. (2004): “La comunicación médico-enfermo como posible factor de mejoría o yatrogenia: psiconeuroinmunología”, en *Monografías Humanitas* nº 2, páxs. 27-38.

Borrell, F. (2004): *La entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Brea Feijo, J. M. (2007): “Decálogo para una buena relación médico-paciente”, en *Cadernos de Atención primaria*, Vol. 4, páxs. 240-244.

Casellas, F. et al (2004): “Opinión de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal sobre la atención sanitaria recibida”, en *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, vol. 96, nº 3, páxs. 174-184.

Clever, Sarah L.; Jin, L.; Levinson, W.; Meltzer, D.O. (2008): “Does Doctor-Patient Communication affect patient satisfaction with Hospital care? Results of an Analysis with a Novel Instrumental Variable”, en *Health Research and Educational Trust*. Disponible en <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/120120487/HTMLSTART> [25/06/08]

Coe, R. M. (1973): *Sociología de la Medicina*, Madrid, Alianza Editorial.

Del Brio, M. A. Et al. (2000): “Reflexiones sobre el consentimiento informado. Propuesta para el análisis de los documentos de consentimiento informado”, en *Revista de Calidad Asistencial*, 21, páxs. 207-212.

Fernández Souto, A. B. (2005): “Situación de los gabinetes de comunicación en empresas privadas en la provincia de Pontevedra. Las zonas industriales versus zonas administrativas y comerciales”, Sevilla, Congreso AIRP, disponible en <http://alojamientos.us.es/congresorrpp/11Ana%2013%20Fernandez.pdf> [20/05/07]

Gallar, M. (2005): *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*, Madrid, Thomson.

García Álvarez, M. A. (2007): “Apuntes sobre comunicación en emergencias y catástrofes”, en Túniz López, M. (coord.): *Comunicación Preventiva. Planificación y ejecución de información interna y externa ante situaciones de crisis*, A Coruña, Netbiblo, páxs. 185-207.

García González, J. e González Ventura, M. I. (2007): “Gestión clínica centrada en el paciente”, en *Todo Hospital*, páxs. 29-33.

García Orosa, B. (2005): *Los altavoces de la actualidad: Radiografía de lo gabinetes de comunicación*, A Coruña, Netbiblo.

Generalitat Valenciana (2004): *Manual para la acreditación de organizaciones y prácticas sanitarias*, Consellería de Sanitat, Valencia.

Gost, J. Et al. (2003): “Evaluación de la práctica clínica del consentimiento informado en los ensayos clínicos”, en

Herrera-Espiñeira et al. (2006): “Información recibida por los pacientes acerca de su estado de salud y su comprensión antes y durante la hospitalización”, en *Enfermería Clínica*, 16, páxs. 184-189.

Hospedales Salomó, J. et al. (2005): “¿Son válidos los documentos de consentimiento informado que utilizamos en cirugía vascular?” En *Angiología*, 57 (6), páxs. 487-495.

Isla et al. (2000): “La cardiopatía isquémica vista por el paciente”, disponible en <http://www.fac.org/ar/1/docencia/foros/nursing/material/comunicacion35.doc> [20/01/09]

Jay, R.(2001): *Situaciones de crisis*, Madrid, Prentice Hall.

Kiesler, D. J.; Auerbach, S. M. (2006): “Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions”, en *Patient Education and Counseling*, 61, páxs. 319-341.

López Schmid, J. (1999): “Imagen de un centro hospitalario a través de sus empleados”, en Todo hospital N° 154, páxs. 139-143.

Maestro Hernández (2004): “La comunicación en contextos sanitarios”, en Acinas Acinas, P., *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario*, Jaén, Ed. Formación Alcalá, páxs. 43-75.

Merino Llorente, S. (2004): “Relación entre el profesional sanitario y el paciente”, en Acinas Acinas, P., *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario*, Jaén, Ed. Formación Alcalá, páxs. 77-107.

Moreira, J., Eglín, J. (2004), en Sandra M. Oliver (ed.): *iHandbook of Corporate communication and Public relations – Pure and Applied*, Londres, Ed., Routledge, páxs. 110-128.

Navarro Royo, C. et al. (2002): “Legibilidad de los documentos de consentimiento informado del Hospital La Paz”, en Revista de Calidad Asistencial, 17, páxs. 331-336.

Pereira, R. (2006): “La comunicación institucional de la salud en el ámbito local. El caso del complejo hospitalario universitario de Santiago de Compostela”, en López Lita, R.; Fernández Beltrán, F. e Durán Mañes, A.: *La comunicación corporativa en el ámbito local*, Castellón, Publicacions de la Universitat Jaume I.

Rodríguez Marín, J.:

----- e Neipp López, Mª del Carmen (2008): *Manual de psicología social de la salud*, Madrid, Ed. Síntesis.

----- e Zurriaga Llorens, R. (1997) *Estrés, enfermedad y hospitalización*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

(1995): *Psicología social de la salud*, Madrid, Síntesis.

Rubiera, G.; Arbizu, R.; Alzueta, A.; Agúndez, J. J.; Riera, J. R. (2004): “La legibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias”, en *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), páxs. 153-158.

San José et al. (1999): “Aspectos de la información preoperatoria al paciente en la cirugía de urgencia”, en *Anales del sistema sanitario de Navarra*, vol. 23, nº 3.

Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n3/enfera.html> [20/04/08]

Santiñá, M. et al. (2004): “Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial” en *Revista de Calidad Asistencial*, 19 (4), páxs. 238-242.

Servicio Andaluz de Salud (2003): *Libro de estilo del Servicio Andaluz de Salud. El estilo de relación de los profesionales del SAS con los profesionales que usan sus servicios*, Consejería de Salud, Gobierno de Andalucía.

Simón, P. et al. (2007): “Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización”, en

Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (2000): *Líneas estratégicas básicas en atención al usuario*, disponible en

http://www.seaus.net/pdf/Guia_SEAUS_1%20lineas_estrategicas.pdf [15/05/08]

Stewart, M. (1995): “Effective physician-patient communication and health outcomes: a review”, en *Journal of Canadian Medical Association*, 152 (9), páxs. 1423-1433.

Taylor, S. E. (1995): *Health Psychology*, New York, McGraw-Hill.

Travaline, J.M.; Ruchinskas, R.; D’Alonzo, G.E. (2005): “Patient-Physician Communication: Why and How”, *Journal of the American Osteopathic Association*, vol. 105 (1), páxs. 13-18.

Vilagrasa, P. (1991): “Perfil profesional del personal de acogida en los hospitales”, en *Todo Hospital* nº 75, páxs. 25-28.

Williams et al. (1998): “Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review”, *Family Practice*, 15, páxs. 480-492.

Williams, A. M.; Dawson, D.; Kristjanson, Linda J. (2008): “Exploring the relationship between personal control and the hospital environment”, en *Journal of Clinical Nursing*, páxs. 1601 – 1609.

Zas Ros, B. (2004): “El hospital para nosotros. Propuesta de un manual para los usuarios hospitalizados en el Hospital Clínico Quirúrgico ‘Hermanos Ameijeiras’, Revista Cubana de Psicología, 21, 1. Disponible en <http://www.dict.uh.cu/Revistas/PS2004/Vol%2021%20No1/Ps21/04-08.doc> [15/09/08]

**Índice de táboas, esquemas, figuras, organigramas
e gráficas**

ÍNDICE DE TÁBOAS

Táboa nº 1. Definición de Organización, Empresa, Corporación e Institución segundo o diccionario da RAE	13
Táboa nº 2. Características dos catro modelos de Relacións Públicas	29
Táboa nº 3. Evolución das actividades, das técnicas e dos valores. Da produción aos servizos.	37
Táboa nº 4. Tipos de Gabinetes de Comunicación	41
Táboa nº 5. Características da Organización Comunicante e da Comunicación Organizada.	51
Táboa nº 6. Fases dun Plan Estratéxico de Comunicación	52
Táboa nº7. Funcións da Comunicación Interna na Institución	60
Táboa nº 8. Funcións da Comunicación Horizontal, Descendente e Ascendente	61
Táboa nº 9. Funcións da CI segundo distintos autores	64
Táboa nº 10. Comparativa entre Comunicación Interna e Intracomunicación.	67
Táboa nº 11. Clasificación das principais canles de Comunicación Interna	72
Táboa nº 12. Postulados de Henri Fayol	79
Táboa nº 13. Comparación da natureza da comunicación nas organizacións nas tres Escolas.	82
Táboa nº 14. Teorías sobre o Liderazgo	95
Táboa nº 15. Coincidencia entre a dimensión axiolóxica e a estratéxica	121
Táboa nº 16. Funcións e obxectivos dos departamentos de Comunicación e Marketing	126

Táboa nº 17. Diferenzas entre publicity e publicidade	128
Táboa nº 18. Centros de Atención Primaria en Galicia en 2006	144
Táboa nº 19. Xerencias de Atención Especializada en Galicia	145
Táboa nº 20. Hospitais públicos e privados por provincias	146
Táboa nº 21. Hospitais por finalidade asistencial en Galicia	146
Táboa nº 22. Recursos humanos do SERGAS en 2006	147
Táboa nº 23. Etapas na evolución do Hospital segundo o desenvolvemento organizativo.	151
Táboa nº 24. Definicións de “hospital”	152
Táboa nº 25. Evolución do papel directivo nos hospitais españois	160
Táboa nº 26. Categorías do persoal dun hospital do SNS	167
Táboa nº 27. Características dos servizos e implicacións para a xestión	169
Táboa nº 28. Grao de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria	176
Táboa nº 29. Públicos externos, intermedios e internos dun hospital propia	179
Táboa nº 30. Catálogo de funcións do servizo de admisión e documentación clínica	213
Táboa nº 31. Enfoques da Información Sanitaria, sobre Saúde e Médica	264
Táboa nº 32. Medios a través dos que se informan os cidadáns sobre ciencia e tecnoloxía. Máximo tres respostas	266
Táboa nº 33. Medios de información que lle inspiran máis confianza á hora de manterse informado sobre ciencia e tecnoloxía	266

Táboa nº 34. Seccións e suplementos especializados en ciencia, saúde, ambiente e tecnoloxía publicados polas cabeceiras xeralistas estatais e galegas a Novembro de 2008.	269
Táboa nº 35. Número de informacións emitidas nas distintas cadeas de tv europeas.	273
Táboa nº 36. Tempo adicado a Medicina e Saúde nos telexornais das canles xeralistas españolas.	273
Táboa nº 37 Programas divulgativos de saúde, series de ficción ambientadas no mundo sanitario e programas <i>lifestyle</i> a xaneiro de 2009.	276
Táboa nº 38. Programas radiofónicos divulgativos sobre saúde (Novembro de 2008)	280
Táboa nº 39. Seccións radiofónicas fixas divulgativas sobre saúde (Novembro de 2008)	281
Táboa nº40. Revistas impresas de divulgación científica controladas por OJD que inclúen a medicina e a saúde como temas de interese.	282
Táboa nº 41. Revistas impresas de divulgación de saúde controladas por OJD.	282
Táboa nº 42. Revistas impresas de divulgación sobre saúde non controladas por OJD.	283
Táboa nº 43. Revistas de <i>life-style</i> controladas por OJD	283
Táboa nº 44. Difusión das publicacións das áreas de Medicina, Enfermería e Farmacia controladas por OJD a Decembro de 2007	296
Táboa nº45. Publicacións médicas de maior difusión controladas por OJD a Decembro de 2007	297
Táboa nº 46. Prioridades enfrontadas entre os media e as institucións públicas de saúde	305
Táboa nº 47. Diferenzas nas dinámicas de traballo dos investigadores científicos ou médicos e dos xornalistas	306
Táboa nº 48. Revistas médicas internacionais con maior <i>impact factor</i>	319
Táboa nº 49. Revistas médicas e farmacolóxicas nacionais con maior factor de impacto	320

Táboa nº 50. Ráncing de fontes máis citadas por ano (2002-2007)	323
Táboa nº 51. Valoración das profesións. O prestixio social do médico	346
Táboa nº52. Novo modelo de usuario dos servizos sanitarios	348
Táboa nº 53. Contidos fundamentais da Lei 41/2002	349
Táboa nº 54. Opinión sobre os problemas do Sistema Nacional de Saúde	350
Táboa nº 55. Médicos e pacientes. Dous modos de pensar distintos	352
Táboa nº56. Conductas de bo e mal paciente	362
Táboa nº 57. Documentos que se integran na historia clínica	386
Táboa nº 58. Diferencias nos encontros médico-paciente segundo o marco asistencial dende a óptica do usuario	404
Táboa nº 59. Concepción da relación médico-paciente segundo Parsons	406
Táboa nº 60. Concepción da relación médico-paciente segundo Sazs e Hollender	406
Táboa nº61. Concepción da relación médico-paciente segundo Veatch	407
Táboa nº62 . Concepción da relación médico-paciente segundo Emanuel e Emanuel (1992).	407
Táboa nº 63. Concepción da relación médico-paciente segundo Roter e Hall (1992).	408
Táboa nº 64. Síntese de propostas de clasificación da relación médico-paciente.	409
Táboa nº 65.Proposta de clasificación da relación médico-paciente segundo o desexo de información do paciente e a información proporcionada	410
Táboa nº66. Proposta de mellora na relación médico-usuario	413
Táboa nº 67. Síntese das vantaxes suxeridas en diversas investigacións	418

respecto da información completa ó paciente e do proceso compartido de toma de decisións

Táboa nº 68. Categorías da comunicación verbal entre médicos e pacientes	428
Táboa nº 69. Comportamentos inadecuados de médico e paciente	433
Táboa nº 70. Funcións da comunicación non verbal	442
Táboa nº 71. Habilidades anamnésicas necesarias para o médico	446
Táboa nº 72. Asignaturas destinadas á formación en comunicación nas licenciaturas de Medicina das facultades españolas durante o curso 2007-2008	448
Táboa nº 73. Obxectivos en habilidades comunicativas do médico con formación básica	450
Táboa nº 74. Vantaxes e inconvenientes da comunicación da información vinculada á doenza do paciente	452
Táboa nº 75. Actores e Comunicación ó Usuario no Hospital	453
Táboa nº 76. Información solicitada ó usuario polo Servizo de Admisión do hospital	457
Táboa nº 77. Contidos do manual ou guía do usuario hospitalizado	459
Táboa nº 78. Argumentos a favor e en contra da conspiración do silencio	465
Táboa nº 79. Compoñentes da planificación da alta médica e actividades	466
Táboa nº 80. Consellos á hora de comunicar malas noticias	476
Táboa nº 81. Linguaxe, obxectivos e destinatarios do médico como divulgador	481
Táboa nº 82. Similitudes entre o texto informativo xornalístico e o dirixido ós usuarios dun hospital.	483
Táboa nº83. Normas para lograr unha maior lexibilidade nun texto	484

Táboa nº 84. Grao de satisfacción co ingreso hospitalario en cada un dos aspectos sinalados, sendo 1 totalmente insatisfactorio e 10 totalmente satisfactorio	511
Táboa nº 85. Valoración da información facilitada, sendo 1 “non facilita ningunha información” e 10, “facilita moita información	511
Táboa nº 86. Hospitais públicos de Galicia	521
Táboa nº87. Hospitais privados de Galicia	523
Táboa nº88. Índice de resposta ao cuestionario superficial	526
Táboa nº 89. Ficha técnica da investigación	530
Táboa nº 90. Distribución proporcional das enquisas realizadas	531
Táboa nº 91. Enquisas recollidas por hospital. Enquisas validadas	531
Táboa nº 92. Composición dos grupos de discusión de testeo de documentos	536
Táboa nº 93. Graos de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria	539
Táboa nº 94. Número de camas e de empregados dos complexos hospitalarios galegos.	541
Táboa nº 95. Ano de creación dos gabinetes de comunicación dos hospitais galegos	542
Táboa nº96. Recursos Humanos dos gabinetes de comunicación dos hospitais galegos a marzo de 2009	543
Táboa nº 97. Funcións de Comunicación Externa dos Gabinetes de Comunicación de CHUVI e CHOU	545
Táboa nº 98. Funcións de Comunicación Interna dos Gabinetes de Comunicación de CHUVI e CHOU	546
Táboa nº 99. Funcións de Comunicación ao Usuario dos Gabinetes de Comunicación de CHUVI e CHOU	546
Táboa nº 100. Funcións de Comunicación Externa dos Gabinetes de Comunicación de CHUAC e CHUS	549

Táboa nº 101. Funcións de Comunicación Interna dos Gabinetes de Comunicación de CHUAC e CHUS	549
Táboa nº 102. Funcións de Comunicación ao Usuario dos Gabinetes de Comunicación de CHUAC e CHUS	550
Táboa nº 103. Funcións de Comunicación Externa dos Gabinetes de Comunicación de CHOP e Arquitecto-Marcide	552
Táboa nº 104. Funcións de Comunicación Interna dos Gabinetes de Comunicación de CHOP e Arquitecto-Marcide	552
Táboa nº 105. Funcións de Comunicación ao Usuario dos Gabinetes de Comunicación de CHOP e Arquitecto-Marcide	553
Táboa nº 106. Recursos Humanos que se ocupan da comunicación dos hospitais galegos que carecen de departamento de comunicación (marzo de 2009)	555
Táboa nº 107. Funcións de Comunicación Externa, Interna e ao Usuario do Gabinete de Comunicación do SERGAS respecto aos hospitais lugueses	556
Táboa nº 108. Funcións da Dirección de Comunicación de USP Hospital Santa Teresa	559
Táboa nº 109. Departamentos que asumen a comunicación nos hospitais privados	560
Táboa nº 110. Funcións das asesorías de comunicación dos hospitais privados	560
Táboa nº 111. Recursos Humanos das asesorías de comunicación dos hospitais privados	561
Táboa nº 112. Hospitais privados que carecen de departamento de atención ao usuario/cliente	562
Táboa nº 113. Servizos de Atención ao Paciente e Servizos de Admisión que asumen as funcións de atención ao paciente	562
Táboa nº 114. Dependencia dos servizos de Atención ao Paciente dos hospitais privados	562
Táboa nº 115. Tipo de especialización dos traballadores dos gabinetes de hospitais públicos e privados (incluído o Gabinete da Consellería de Sanidade).	570

Táboa nº 116. Posto ao que aparecen vinculados os xornalistas dos hospitais públicos galegos no listín corporativo (sen incluír o Gabinete da Consellería de Sanidade e o CHOP)	571
Táboa nº 117. Dependencia xerárquica dos Servizos de Atención ao Paciente dos hospitais que dispoñen do mesmo	575
Táboa nº 118. Gabinetes de Comunicación que supervisan os puntos informativos dos hospitais.	575
Táboa nº 119. Dependencia xerárquica dos puntos informativos dos hospitais con Gabinete de Comunicación	576
Táboa nº 120. Gabinetes de Comunicación que se ocupan da formación en comunicación do persoal hospitalario	576
Táboa nº 121. Gabinetes que teñen planificada a comunicación	577
Táboa nº 122. Enquisas validadas por hospital	581
Táboa nº 123. Estudos recentes realizados en España que miden a satisfacción dos usuarios coa información recibida	582
Táboa nº 124. Recomendacións no trato cos usuarios	583
Táboa nº 125. Grao de conformidade co tempo de aviso	593
Táboa nº 126. Tempos de visita médica e consideración por parte dos usuarios	601
Táboa nº 127. Estudos recentes realizados en España que miden a lexibilidade dos documentos de consentimento informado	630
Táboa nº 128. Listado de documentos analizados	632
Táboa nº129. Recomendacións médicas analizadas por hospital	638
Táboa nº130.Características de presentación dos documentos de recomendacións médicas analizados	641
Táboa nº 131. Expresións comúns que poden simplificarse	644
Táboa nº 132.Características de redacción dos documentos	645

de recomendacións médicas analizados

Táboa nº 133. DCI analizados por hospital 646

Táboa nº 134. DCI analizados por servizos 646

Táboa nº 135. Características de presentación dos documentos analizados 650

Táboa nº 136. Número de oracións segundo a densidade 651

Táboa nº 137. Expresións comúns que poden simplificarse 653

Táboa nº 138. Características da redacción dos documentos analizados 654

Táboa nº 139. Outros documentos 655

Táboa nº 140. Porcentaxes de documentos axeitados ás recomendacións de presentación e de redacción 658

Táboa nº 141. Participantes nos tres grupos de traballo por idade e xénero 661

Táboa nº 142. Participantes nos tres grupos de traballo segundo o nivel de estudos 661

Táboa nº 143. Documentos de Consentimento Informado testeados 662

Táboa nº 144. Termos explicados correctamente 666

Táboa nº 145. Puntuación de tres documentos de consentimento informado de hospitais distintos 668

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema nº 1. Necesidades comunicativas do Hospital	8
Esquema nº 2. Empresas, Institucións e Corporacións como entidades organizadas.	13
Esquema nº 3. Modos de entender a Comunicación Institucional	23
Esquema nº 4. O hospital no marco da Comunicación Institucional	25
Esquema nº 5. Funcións básicas dun Gabinete de Comunicación	43
Esquema nº 6. Como debería entenderse a comunicación	44
Esquema nº 7. Planificación da Política de Comunicación	54
Esquema nº 8. Posición variable dos tipos de públicos dunha Institución	59
Esquema nº 9. Plan de Comunicación Interna	69
Esquema nº 10. Dificultades da Comunicación Interna	69
Esquema nº 11. Dimensións e medida do clima organizacional	91
Esquema nº 12. Niveis da cultura e a súa interacción	99
Esquema nº 13. Tipos de culturas organizacionais en función de dúas variables: a capacidade de entender a realidade e de realizar un cambio interno	109
Esquema nº 14. Incidencia da cultura no desempeño e satisfacción	129
Esquema nº 15. Procedemento de decisión de emitir unha nota de prensa ou convocar unha rolda de prensa	129
Esquema nº 16. Nivel de intensidade e persoalización nos servizos sanitarios	171

Esquema nº 17. Servizos que compoñen o servizo Hospitalario	172
Esquema nº 18. A Comunicación ao servizo da calidade percibida	174
Esquema nº 19. Requisitos da Comunicación Hospitalaria	177
Esquema nº 20. Ubicación ideal da Dirección de Comunicación no organigrama do Hospital	178
Esquema nº 21. Vertentes da Comunicación Hospitalaria	180
Esquema nº 22. As funcións do Gabinete de Comunicación do Hospital	187
Esquema nº 23. O rol comunicativo intermediario do xefe de servizo	195
Esquema nº 24. Relación indirecta entre o Gabinete de Comunicación e os Usuarios do hospital.	204
Esquema nº 25. Percorrido do Usuario no Ingreso non programado ó hospital	206
Esquema nº26. Percorrido do Usuario no Ingreso programado ó hospital	207
Esquema nº 27. Incidencia do discurso dos medios de comunicación nos cidadáns	216
Esquema nº 28. Parámetros de estudo da Comunicación para a Saúde	245
Esquema nº 29. A Comunicación Hospitalaria como confluencia da Comunicación Institucional e da Comunicación para a Saúde	247
Esquema nº 30. Modelo do <i>Continuum</i> Saúde – Enfermidade de Salleras (1985)	249
Esquema nº 31. Relacións entre saúde, sanidade e medicina	262
Esquema nº 32. Proceso de produción da información	306
Esquema nº 33. Causas da aparición do burn-out no eido sanitario	357
Esquema nº 34. Círculo que perpetúa a indefensión do usuario no medio hospitalario	360

Esquema nº 35. Píares do dereito dos usuarios do sistema sanitario a recibir información.	369
Esquema nº 36 Factores que interveñen nunha relación médico-paciente satisfactoria	403
Esquema nº 37. Aspectos investigados da Comunicación médico-paciente	422
Esquema nº 38. Modelo ecolóxico da comunicación nos encontros médicos	423
Esquema nº 39. Tipos de condicionantes da comunicación médico-paciente	425
Esquema nº40. Función titora gabinete de comunicación- públicos internos- usuarios.	681

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1. Modelo integrativo da Comunicación nas Organizacións	56
Figura nº 2. Pirámide das necesidades de Maslow	112
Figura nº 3. Teoría das expectativas	117
Figura nº 4. Ciclo de actividade do Marketing	126
Figura nº 5. Mapa das áreas sanitarias de Galicia	143
Figura nº 6. Fluxos comunicativos cos gabinetes de comunicación dos Hospitais Públicos galegos a Xaneiro de 2009.	566
Figura nº 7. Fluxos verticais na rede hospitalaria pública	678

ÍNDICE DE ORGANIGRAMAS

Organigrama nº 1. Órganos unipersoais dun hospital do SERGAS	158
Organigrama nº 2. Órganos colexiados dun hospital do SERGAS	158
Organigrama nº 3. Organigrama tradicional da Dirección Médica dun Hospital	162
Organigrama nº 4. Organización dun Instituto no Hospital Clinic de Barcelona	163
Organigrama nº 5. Fluxos verticais da comunicación entre os gabinetes da rede pública.	568
Organigrama nº 6. Fluxos horizontais da comunicación entre os gabinetes da rede pública.	569
Organigrama nº 7. Organigrama--tipo respecto da xerarquía dos puntos informativos e dos servizos de atención ao paciente do hospital.	576

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica nº 1. Evolución trala implementación da Comunicación Interna	70
Gráfica nº 2. Volume diario de notas de prensa recibidas e publicables a nivel estatal e autonómico	131
Gráfica nº 3. Médicos colexiados nas catro provincias de Galicia	147
Gráfica nº 4. Relevancia dos determinantes da saúde	252
Gráfica nº 5. Fontes de información sobre saúde empregadas polos cidadáns europeos	267
Gráfica nº 6. Evolución dos textos sobre saúde, sanidade e medicina de 1997 a 2007	268
Gráfica nº 7. Evolución no uso de Internet para buscar información sobre saúde (2003-2008)	286
Gráfica nº8. Periodicidade das publicacións das áreas de Medicina, Enfermería e Farmacia controladas por OJD a Decembro de 2007	296
Gráfica nº 9. Índice de satisfacción laboral dos médicos colexiados en Galicia	359
Gráfica nº 10. Grao de satisfacción co funcionamento do sistema sanitario público por Comunidades Autónomas	510
Gráfica nº 11 Hospitais públicos con gabinete interno e externo	554
Gráfica nº 12 . Hospitais privados con Gabinete, sen Gabinete ou coa comunicación externalizada	558
Gráfica nº 13. Hospitais galegos con e sen gabinete de comunicación	563
Gráfica nº 14. Grao de desenvolvemento da Comunicación Hospitalaria en Galicia.	564
Gráfica nº 15. Cualificación da importancia do traballo do gabinete dos hospitais con gabinete respecto da Comunicación Externa, Interna e ao Usuario	572

Gráfica nº 16. Porcentaxes do tempo de traballo do gabinete adicados a comunicación externa, interna e ao usuario.	573
Gráfica nº 17. Hospitais que dispoñen ou carecen de servizo de atención ao paciente.	574
Gráfica nº 18. Clasificación dos hospitais en estadio invisibilizado/nulo por número de empregados.	579
Gráfica nº 19. Características dos enquisados por rol e xénero	585
Gráfica nº 20. Idade dos enquisados	586
Gráfica nº 21. Nivel de estudos dos enquisados	586
Gráfica nº 22. Servizos hospitalarios de ingreso dos enquisados	587
Gráfica nº 23. Valoración global dos enquisados	588
Gráfica nº 24. Valoración segundo o modo de ingreso	588
Gráfica nº 25. Valoración global da Comunicación segundo a idade	589
Gráfica nº 26. Valoración global da Comunicación segundo o xénero	589
Gráfica nº 27. Valoración global da Comunicación segundo o nivel de estudos	590
Gráfica nº 28. Tempos de aviso e tempos demandados polos usuarios	591
Gráfica nº 29. Índice de conformidade e disconformidade nos tempos de aviso previo	592
Gráfica nº 30. Evolución do índice de satisfacción segundo o tempo de aviso	593
Gráfica nº 31. Información facilitada e demandada (sobre o 100% de ingresos programados)	594
Gráfica nº 32. Información recibida e botada en falla polos usuarios	595

Gráfica nº 33. Información facilitada e demandada (sobre o 100% de ingresos por Urgencias)	596
Gráfica nº 34. Información recibida e botada en falla polos usuarios en ingresos por Urgencias	596
Gráfica nº 35. Demandas informativas nos distintos tipos de ingreso	597
Gráfica nº 36. Índice de satisfacción coa información recibida	597
Gráfica nº 37. Trato na acollida hospitalaria	598
Gráfica nº 38. Información facilitada ao ingreso	599
Gráfica nº 39. Dificultade na orientación polas instalacións hospitalaria	600
Gráfica nº 40. Tempos de visita médica	601
Gráfica nº 41. Evolución do índice de satisfacción segundo o tempo de visita médica	602
Gráfica nº 42. Oportunidade de realizarlle preguntas ao médico	602
Gráfica nº 43. Interese dos facultativos polo estado de ánimo e preocupacións dos usuarios	603
Gráfica nº 44. Actitudes dos facultativos	603
Gráfica nº 45. Cualidades da información medica	604
Gráfica nº 46. Índice de conformidade coa información recibida	605
Gráfica nº 47. Tipos de información medica (sobre o 100% de usuarios enquisados)	605
Gráfica nº 48. Información demandada (sobre o 51,15%)	606
Gráfica nº 49. Usuarios insatisfeitos segundo o modo de ingreso	606
Gráfica nº 50. Satisfacción coa información en relación coa actitude do médico	607

Gráfica nº 51. Satisfacción coa información en relación coa posibilidade de plantexar pregunta	608
Gráfica nº 52. Satisfacción coa información en relación co interese polas preocupacións do usuario	608
Gráfica nº 53. ¿Presentáronse na súa primeira visita?	609
Gráfica nº 54. Tipos de informacion recibida (sobre 72,12%)	610
Gráfica nº 55. Tipos de informacion demandada (sobre 37,34%)	610
Gráfica nº 56. Cualidades da información proporcionada Polos profesionais sanitarios	611
Gráfica nº 57. Amabilidade e axuda dos profesionais non sanitarios	612
Gráfica nº 58. Tempo de aviso ao paciente	612
Gráfica nº 59. Tempo considerado necesario	613
Gráfica nº 60. Evolución do índice de satisfacción segundo o aviso do día de alta	613
Gráfica nº 61. Información facilitada e demandada en xeral	615
Gráfica nº 62. Satisfacción coa comunicación	617
Gráfica nº 63. Tratamento de xénero nas recomendacións médicas	645
Gráfica nº 64. Explicación correcta das siglas médicas	653
Gráfica nº 65. Tratamento de xénero nos DCI analizados	654
Gráfica nº 66. Termos explicados correctamente polos participantes	664

Gráfica nº 67. Participantes que fallaron en cada unha das preguntas (agás a pregunta 11)	671
Gráfica nº 68. Tipos de estruturas comunicativas nos hospitais privados	679

Anexos

Anexo I



O COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO INFORMA:

Vigo, 5 de decembro do 2008. En relación a paciente menor de idade ingresada na UCI pediátrica do Hospital Xeral de Vigo tralo accidente ocorrido na R/ Príncipe, o último parte médico oficial non presenta variación: “a nena continúa evolucionado na UCI con pronóstico grave”.

Por isto, salvo que houbese novidades significativas na súa evolución clínica, non se facilitará máis información.

No caso de rexistrarse algunha variación importante no seu estado de saúde, os voceiros oficiais do Complexo Hospitalario vigués poríanse en contacto cos medios de comunicación locais.

SÁUDOS, GABINETE DE COMUNICACIÓN DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

ÚLTIMO PARTE FERIDOS NA MANIFESTACIÓN DE HOXE, 8 DE MAIO DO 2006.

Resumo: nos hospitais de Vigo atenderon no día de hoxe a 14 pacientes en relación coa manifestación, 6 no Xeral, 3 no Meixoeiro e 6 en POVISA, que ingresaron nos distintos servizos de urxencias entre as 12.40 e as 13.30 h.

Dos 15, 11 foron dados de alta, 2 serán dados de alta nas próximas horas, 1 queda en observación no Xeral e 1 queda ingresado no Meixoeiro por un traumatismo ocular.

XERAL-CIES

- J.L.L., 42 anos, contusión e ferida frontal. Leve. **Dado de alta**
- C.S.C., 32 anos, contusión frontal. Leve. **Dado de alta**
- L.A.M.B., 28 anos. Agresións .Contusións leves. **Dado de alta**
- F.I.P.- contusións leves-**Dado de alta**
- C.T.P., 36 anos –viandante. Ferida inciso e contusións na cabeza. Pronóstico leve. **Dado de alta**
- L.A.C.V., 35 anos. Atropellado. Traumatismo cranoencefálico. **En observación**

POVISA

- D.G.S., 26 anos, traumatismo cranoencefálico. Trasladado por ambulancia medicalizada do 061. **En observación- Será dado de alta en las próximas horas**
- A.F.S., traumatismos e policontusións- **Dado de alta**
- M.M.R., fractura peroné –**Dado de alta**
- A.F., luxación hombro-**Dado de alta**
- A.A.D- fractura dedo –**dado de alta**
- D.P.D-luxación de dedo- –**dado de alta**

MEIXOEIRO

- M.B.A., 22 anos, traumatismo ocular. **Queda ingresado.**
- R.V.A., hematoma antebrazo. **Dado de Alta**
- B.S.C., contusións leves. **Será dado de alta en las próximas horas.**

Anexo II



Complexo Hospitalario
Universitario de
Santiago de Compostela

Hospital Clínico Universitario
Hospital Xeral Ráxide de Corne
Hospital Psiquiátrico de Corne
Hospital Gil Casares

PARTE XUDICIAL

(primeiro ou inicial)

O Dr. D. Médico do

Servizo de (sempre médico de Siall, poñer nome e apelidos) Departamento de

ten o honor de comunicar a V.I. o seguinte:

Que ás horas do día da data acudiu ao Hospital Clínico Universitario D.

..... fillo de e de

natural de Provincia de

Idade Estado Profesión Domiciliado en

Rúa de número

Observáronselle as seguintes lesións:

.....

.....

.....

.....

A causa declarada por ☐ paciente ☐ familia ☐ acompañante

foi de: ☐ Accidente de tráfico ☐ Accidente de traballo ☐ Outra (describase):

.....

Onde ocorreron os feitos e as súas circunstancias

.....

.....

Prognóstico inicial:

Unha vez atendido o paciente:

☐ regresa ao seu domicilio onde será atendido polo Dr.

☐ será controlado ambulatoriamente neste Hospital, Servizo de

Departamento de a cargo do Dr.

☐ ingresa neste Hospital: Servizo

Departamento de a cargo do Dr.

☐ Outro suposto

.....

1. Tempo que durou a asistencia médica no Centro

2. Se ao saír do Hospital o paciente segue precisando asistencia médica... ☐ SI ☐ NON

Quen se suxire que siga asistindo ao paciente

3. Secuelas ou incapacidades que presenta ao ser alta

.....

.....

Fágoo constar para os efectos oportunos.

Santiago, / / Sinatura

ILMO. SR. MAXISTRADO XUIZ DO XULGADO DE GARDA. SANTIAGO

390816

EXEMPLAR PARA A HISTORIA CLÍNICA

Anexo III



Hospital _____ Paciente do Servizo de _____ Data _____

➤ **Datos da persoa enquisada:**

Vostede é... ☐ Paciente ingresado/a ☐ Familiar/acompañante do/a paciente ☐ Titor legal do/a paciente

☐ Home / ☐ Muller Idade: _____ anos Concello no que reside: _____ ¿É o seu primeiro ingreso nun hospital? ☐ Si / ☐ Non

Estudos realizados: ☐ Sen estudos ☐ Primaria ☐ Graduado ☐ Bacharelato ☐ Formación Profesional ☐ Diplomado/a ☐ Licenciado/a

Canto tempo leva ingresado? ☐ Unha noite ☐ Dúas noites ☐ Tres noites ☐ Catro ou máis noites ¿Ingresou por Urxencias? ☐ Si / ☐ Non

➤ **Valoración global. Valore de 0 a 10 (sendo 0 o mínimo e 10 o máximo)**

O grao de satisfacción con...	A súa estadia no hospital	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	A Comunicación mantida co persoal do hospital	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10

➤ **Antes de ingresar...**

¿Con canto tempo de antelación recibiu o aviso de que ia ser ingresado/a no hospital? <input type="checkbox"/> No mesmo día <input type="checkbox"/> Dun día para outro <input type="checkbox"/> Con 2-3 días de antelación <input type="checkbox"/> Con 4-6 días de antelación <input type="checkbox"/> Cunha semana de antelación <input type="checkbox"/> Con máis dunha semana de antelación	¿Con canto tempo de antelación deberían avisar do ingreso? <input type="checkbox"/> No mesmo día <input type="checkbox"/> Dun día para outro <input type="checkbox"/> Con 2-3 días de antelación <input type="checkbox"/> Con 4-6 días de antelación <input type="checkbox"/> Cunha semana de antelación <input type="checkbox"/> Con máis dunha semana de antelación	¿Qué información lle proporcionaron nese aviso de ingreso? (Resposta múltiple) <input type="checkbox"/> Día, hora e lugar <input type="checkbox"/> Información sobre roupa e obxectos persoais necesarios <input type="checkbox"/> Información sobre as regras internas do hospital <input type="checkbox"/> Documentación que debe presentar <input type="checkbox"/> Nome do médico que se ocupará do seu caso <input type="checkbox"/> Número de teléfono onde preguntar as dúbidas <input type="checkbox"/> Outra _____	¿Qué información botou en falta nese aviso de ingreso? (Resposta múltiple) <input type="checkbox"/> Día, hora e lugar <input type="checkbox"/> Información sobre roupa e obxectos persoais necesarios <input type="checkbox"/> Información sobre as regras internas do hospital <input type="checkbox"/> Documentación que debe presentar <input type="checkbox"/> Nome do médico que se ocupará do seu caso <input type="checkbox"/> Número de teléfono onde preguntar as dúbidas <input type="checkbox"/> Outra _____
---	--	---	---

➤ **No momento de ingreso en planta...**

Acompañárono á habitación?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NON	
En caso negativo, gustaríalle que o tivesen acompañado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NON	
En qué medida foron amables e acolledores con vostede/s?	<input type="checkbox"/> MOITO <input type="checkbox"/> BASTANTE	<input type="checkbox"/> ALGO <input type="checkbox"/> NADA
Entregáronlle un documento con información xeral sobre o hospital (plano do hospital, instalacións, horarios de autobuses, servizos do hospital, etc.)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NON	
Explicáronlle a dinámica de horarios e funcionamento do hospital?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NON	
Entregáronlle un documento cos dereitos e deberes do paciente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NON	
Indicáronlle quen era o/a médico/a encargado/a do seu caso?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NON	
Indicáronlle onde ou a quen acudir en caso de precisar algunha cousa?	<input type="checkbox"/> Si (Dixéronme que acudira a _____) <input type="checkbox"/> NON	
Explicáronlle en qué consiste o Servizo de Atención ó Paciente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NON	
Qué información botou en falta cando ingresou? (Resposta libre)	Botei en falta información sobre _____ _____	
Resultoulle difícil orientarse polas instalacións do hospital?	<input type="checkbox"/> MOI DIFÍCIL <input type="checkbox"/> BASTANTE DIFÍCIL <input type="checkbox"/> ALGO DIFÍCIL <input type="checkbox"/> NON, FOIME FÁCIL	

➤ **Unha vez ingresado...**

O médico encargado do seu caso...	Presentouse na primeira visita...?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NON
	Visitouno/a todos os días?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NON
	Durante canto tempo, aproximadamente? Durante ____ minutos Cre que o tempo de visita diario é suficiente? <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NON		
	Qué información lle proporcionou o/a médico/a? Información sobre... <input type="checkbox"/> O seu diagnóstico (o que padece e as súas causas) <input type="checkbox"/> A proba/ operación/ tratamento, motivo do seu ingreso no hospital (en qué consiste, os riscos, os beneficios, as posibles alternativas...) <input type="checkbox"/> A evolución diaria da súa situación <input type="checkbox"/> A evolución futura máis probable da súa situación <input type="checkbox"/> Hábitos pouco saudables que debería cambiar de agora en adiante <input type="checkbox"/> Outra: _____		
	A información que lle proporcionou foi...	<input type="checkbox"/> ABUNDANTE	<input type="checkbox"/> SUFICIENTE <input type="checkbox"/> ESCASA
	Comprende ben a información proporcionada polo/a médico/a?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NON
	Está satisfeito/a coa información proporcionada polo/a médico/a?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NON
	Qué información botou en falta por parte do/a médico/a que o atende? Información sobre... <input type="checkbox"/> O seu diagnóstico (o que padece e as súas causas) <input type="checkbox"/> A proba/ operación/ tratamento, motivo do seu ingreso no hospital (en qué consiste, riscos, beneficios, alternativas...) <input type="checkbox"/> A evolución diaria da súa situación <input type="checkbox"/> A evolución futura máis probable da súa situación <input type="checkbox"/> Hábitos pouco saudables que debería cambiar de agora en adiante <input type="checkbox"/> Outra: _____		
	Tiveron Vde. e os seus familiares a oportunidade de facerlle preguntas?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÁS VECES <input type="checkbox"/> NUNCA
	Interesouse polo seu estado de ánimo e polas súas preocupacións?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NON
Solicitoulle a súa opinión sobre o procedemento médico aplicado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NON	
Como calificaría a actitude do/a médico/a respecto a Vde.?	<input type="checkbox"/> PRÓXIMA	<input type="checkbox"/> NEUTRAL <input type="checkbox"/> DISTANTE	
Canto tempo fai que lle avisaron do día da alta?	<input type="checkbox"/> Aínda non mo comunicaron <input type="checkbox"/> Hoxe <input type="checkbox"/> Onte <input type="checkbox"/> Antonte <input type="checkbox"/> Fai ____ días		
Con canto tempo de antelación deberían avisar do día da alta?	<input type="checkbox"/> O mesmo día <input type="checkbox"/> O día antes <input type="checkbox"/> Dous días antes <input type="checkbox"/> ____ días antes		
O outro persoal sanitario (enfermeiros/as, auxiliares, ATS....)	Presentáronse na primeira visita indicándolle o seu nome e ocupación (enfermeiro/a, auxiliar...) no hospital?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NON
	Resultoulle difícil diferenciar o/a enfermeiro do/a auxiliar de enfermería do/a ATS...?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NON
	Qué información lle proporcionaron? Información sobre... <input type="checkbox"/> As actuacións que debían realizarlle (extraerlle sangue, axudarlle a asearse, facerlle curas...) e os motivos <input type="checkbox"/> Información xeral do hospital <input type="checkbox"/> Hábitos pouco saudables que debería cambiar de agora en adiante <input type="checkbox"/> Outra: _____		
	A información que lle foron proporcionando foi...	<input type="checkbox"/> ABUNDANTE	<input type="checkbox"/> SUFICIENTE <input type="checkbox"/> ESCASA
	Está satisfeito/a coa información proporcionada polo persoal sanitario non médico (auxiliares, ATS...)?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NON
Os profesionais non sanitarios (celadores...)	Qué información botou en falta por parte do persoal sanitario non médico? Información sobre... <input type="checkbox"/> As actuacións que debían realizarlle (extraerlle sangue, axudarlle a asearse, facerlle curas...) e os motivos <input type="checkbox"/> Información xeral do hospital <input type="checkbox"/> Hábitos pouco saudables que debería cambiar de agora en adiante <input type="checkbox"/> Outra: _____		
	Foron amables con vostede/s?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÁS VECES <input type="checkbox"/> NUNCA
	Axudárono cando requiriu da súa axuda?	<input type="checkbox"/> SEMPRE	<input type="checkbox"/> ÁS VECES <input type="checkbox"/> NUNCA
	¿Qué información botou en falta no tempo que leva ingresado?		
	Botei en falta información sobre... _____		

1. Datos persoais

Xénero: ☐ Home / ☐ Muller Idade: ____ anos Concello no que reside: _____
Nivel de estudos: ☐ Sen estudos ☐ Primaria ☐ Graduado ☐ Bacharelato ☐ Formación Profesional ☐ Diplomado/a ☐ Licenciado/a

2. Parte I: Entrega dos documentos 1, 2, 3 e 4.

1) En base a este fragmento: "Generalmente se trata de lesiones benignas (de lento crecimiento y curables mediante cirugía cuando se consigue quitarlas completamente, aunque a veces no se pueden resecar en su totalidad por el tamaño o invasión de estructuras que no se deben lesionar), pero no puede saberse con certeza su naturaleza hasta que no sean analizadas por el patólogo" ¿Qué significa o verbo resecar? (DOCUMENTO 1)

- a. Non se poden seccionar.
- b. Non se poden secar de todo.
- c. Non se poden absorber.
- d. Non se poden extirpar.

2) Dos riscos da cirurxía transfenoidal, númese de 1 (moi probable) a 4 (pouco probable), en función do grao de probabilidade de que aparezan... (DOCUMENTO 1)

- a. Meninxite. ☐
- b. Epilepsia postquirúxica. ☐
- c. Morte. ☐
- d. Infección. ☐

3) Vocabulario. ¿Coñece o significado dos seguintes termos? En caso afirmativo, expliqueo (DOCUMENTO 1)

- Embolismo aéreo. ☐ Si ☐ Non
Enfermos inmunodeprimidos. ☐ Si ☐ Non
Empiema. ☐ Si ☐ Non
Hiperglicemia. ☐ Si ☐ Non
Afectación trigeminal. ☐ Si ☐ Non
Meninxite. ☐ Si ☐ Non

4) ¿A que dá lugar o incremento do líquido cefalorraquídeo? Dá lugar a... (DOCUMENTO 2)

- a. Un incremento da tensión dentro do cráneo con consecuencias negativas para o cerebro.
- b. Unha baixada brusca da tensión dentro do cráneo con consecuencias negativas para o cerebro.
- c. Unha aceleración da tensión dentro do cráneo con consecuencias negativas para o cerebro.

5) ¿Que significa "realizar unha incisión retroauricular, cunha mínima craneotomía, para a colocación dun catéter no ventrículo dilatado"? Explica coas túas palabras (DOCUMENTO 2)

6) Vocabulario. ¿Coñece o significado dos seguintes termos? En caso afirmativo, expliqueo (DOCUMENTO 2)

Meningoencefalite. ☐ Si ☐ Non.
Peritonite. ☐ Si ☐ Non.

7) ¿Qué significa que "En ocasiones se realiza la apendicectomía como medida profiláctica"? (DOC 3)

- a. Que ás veces extirpan o apéndice por prevención.
- b. Que ás veces abren o apéndice por prevención.
- c. Que ás veces extraen unha mostra do apéndice para analízalo.

8) Vocabulario. ¿Coñece o significado dos seguintes termos? En caso afirmativo, expliqueo (DOCUMENTO 3)

Laparoscopia ☐ Si ☐ Non
Eventraciones ☐ Si ☐ Non
Biopsia ☐ Si ☐ Non

9) ¿Qué significa que "la vía de administración (de avastin) es la intravítrea mediante la aplicación de anestesia tópica"? (DOCUMENTO 4)

10) ¿En que casos a aplicación de avastin non resulta efectiva? (DOCUMENTO 4)

11) ¿De cantos termos descoñece o significado? Cónteos e escribaos (DOCUMENTO 4)

Nº _____

3. Parte II. Entrega dos documentos 5, 6 e 7.

Os tres documentos refírense ao mesmo procedemento: Endoscopia Dixestiva alta. Puntúe as seguintes características de cada un deles:

Grao de comprensión	Moi difícil										Moi fácil
Documento 5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Documento 6	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Documento 7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Claridade do deseño	Pouco claro										Moi claro
Documento 5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Documento 6	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Documento 7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Atractivo do deseño	Pouco atractivo										Moi atractivo
Documento 5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Documento 6	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Documento 7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Complejo Hospitalario
Universitario de
Santiago de Compostela

Hospital Clínico Universitario
Hospital Xeral Básico de Conxo
Hospital Psiquiátrico de Conxo
Hospital Gil Casares

SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA

Paciente _____

1.- He recibido la información dada por el Dr. Dn. _____
sobre la intervención de _____
para tratarme de _____

2.- He comprendido en qué consiste esta intervención y he aceptado los posibles riesgos y consecuencias que puede tener. Unos son comunes a cualquier intervención de neurocirugía y otros son posibles en este tipo de intervención; algunas se enumeran más adelante, en el dorso de este documento, que también firmo.

3.- Acepto la aplicación del tipo de anestesia necesario para dicha intervención.

4.- En caso de surgir circunstancias inesperadas durante o tras la intervención, autorizo a que se tomen las medidas o procedimientos quirúrgicos oportunos, nuevos y distintos al planteado originalmente, que sean necesarios.

5.- Autorizo a que el Hospital disponga convenientemente de los tejidos y otros elementos de mi cuerpo que pudieran ser extirpados durante la intervención.

6.- Comprendo y acepto que la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y no se puede garantizar un resultado.

7.- Doy mi consentimiento para la observación de mi intervención por personal relacionado con la medicina por razones docentes, o para que sean tomadas fotos, cintas de video, etc., que quedarán bajo la custodia del Hospital.

8.- He ingresado en el Servicio de Neurocirugía para ser intervenido de un quiste o tumor en la **hipófisis, en la silla turca**. El médico me ha explicado que se trata de una lesión que se produce cuando hay un crecimiento desordenado de células de la glándula hipofisaria, lo que se llama una **adenoma hipofisario**. Generalmente se trata de lesiones benignas (de lento crecimiento y curables mediante cirugía cuando se consigue quitarlas completamente, aunque a veces no se pueden resear en su totalidad por el tamaño o invasión de estructuras que no se deben lesionar), pero no puede saberse con certeza su naturaleza hasta que no sean analizadas por el patólogo.

Me ha advertido que la operación consiste en la apertura de la silla turca, situada en el centro de la base del cráneo, a la que se llega a través de las fosas nasales. Con microscopio e instrumental muy delicados se reseca el tumor y se envía una muestra para estudio y el resultado definitivo se recibe aproximadamente una semana después. La dificultad y riesgos de la intervención dependen del tipo, tamaño y grado de infiltración de las estructuras vecinas.

9.- He comprendido que en algunos casos la cirugía puede curar, poniendo fin al tratamiento, pero en otras ocasiones no es curativa sino que el objetivo de la intervención en esos casos es llegar al diagnóstico del tipo de tumor, reducir su tamaño para aliviar los síntomas de compresión y preparar para otros tratamientos posteriores haciéndolos más efectivos. Estas otras opciones terapéuticas son la Radioterapia y el tratamiento hormonal.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico ha contestado satisfactoriamente a las dudas y observaciones que le he planteado. He leído y comprendido los párrafos precedentes así como el folleto que me ha sido entregado y el listado de complicaciones que se enumeran al dorso.

10.- Reservo mi derecho de poder revocar esta autorización si lo considero oportuno.

Paciente D. _____

DNI _____

Representante autorizado D. _____

Parentesco _____ DNI _____

Dr. D _____

Certifico que el paciente o la persona autorizada a actuar en su nombre ha sido informado de forma comprensible de la naturaleza de la intervención quirúrgica, de sus riesgos y de las alternativas de tratamiento y ha autorizado dicho procedimiento.

Santiago a..... de..... de 200....

CLÍNICO AC

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA TRANSESFENOIDAL

COMPLICACIONES GENERALES EN NEUROCIRUGÍA

EPILEPSIA POSTQUIRÚRGICA (4-19%), sobre todo en: Tumores hemisféricos cerebrales; Abscesos cerebrales, Empiema; Hidrocefalia; Trauma craneal

EDEMA POSTQUIRÚRGICO. HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

HEMORRAGIA POSTQUIRÚRGICA:- H. epidural (0,9-7%); H. intracerebral (3,9%).

EMBOLISMO AÉREO (3%), sobre todo en posición sentada o semisentada.

INFECCIONES (3%):- superficial (herida cutánea).- profunda.

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES: Úlcera de stress medicamentosa.

TROMBOSIS VENOSA. EMBOLISMO AÉREO (frecuente en trauma espinal y tumor cerebral).

Trombosis venosa profunda (4,3%) y Tromboembolismo pulmonar (0,5%)

FRACASO RESPIRATORIO AGUDO

INFECCIÓN HOSPITALARIA. NEUMONÍA, más en enfermos con bajo del nivel de conciencia y en inmunodeprimidos. INFECCIÓN URINARIA, en enfermos sondados, inmunodeprimidos y en proximidad con otros enfermos con sonda vesical.

COMPLICACIONES HIDROELECTROLÍTICAS Y METABÓLICAS: diabetes insípida (lesiones del tracto supraóptico-hipofisario).- secreción inadecuada de ADH.- hiperglicemia (frecuente con la utilización de corticoides).

hiponatremia e hiperuricemia.

COMPLICACIONES DE LA MONITORIZACIÓN INVASIVA:

a) Presión intracraneal.: Intraventricular (hemorragia intracerebral, obstrucción catéter, ventriculitis); Epidural (infección superficial); Intraparenquimatosa (absceso cerebral, complicación casual, hemorragia intracerebral).

b) Catéteres arteriales: Trombosis; Complicaciones iquémico-necróticas; Infección. c) Catéter venoso central, catéter arterio-pulmonar, cateterismo subclavia o vena yugular: lesión carotídea, lesión pleura, lesión plexo braquial, lesión traqueal, trombosis venosa, hemotórax, neumotórax, perforación arterial o pared ventricular, infección, sepsis.

INFECCIONES:

- I Cirugía sucia (Enfermos infectados previamente. Absceso, empiema, osteitis, ventriculitis, meningitis, infección cutánea): *infección superficial (3,5%); * infección profunda (5,6%).
- II Cirugía contaminada (Enfermos heridas abiertas, fractura craneal múltiple, fistula de LCR, segundas intervenciones): * infección superficial (3,1%); * infección profunda (6,6%).
- III Cirugía limpia contaminada (Cirugía en contacto con senos paranasales, fractura de cráneo, cirugía de duración superior a las 2 horas): * infección superficial (1,6%); * infección profunda (5,1%).
- IV Cirugía limpia con cuerpo extraño (material de fijación vertebral, válvulas, clips, acrílicos, plastias duros): * infección superficial (1,7%)*infección profunda (4,34%).
- V Cirugía limpia: *infección superficial (1,9%); * infección profunda (0,7%).

COMPLICACIONES ESPECÍFICAS DE LA CIRUGÍA TRANSESFENOIDAL

- 1) Mortalidad (0,1-1,5%).
- 2) Complicaciones intracraneales: lesión hipotalámica (fiebre, coma); hemorragia intracraneal; meningitis (0,5-1,75%).
- 3) Complicaciones por lesión de la arteria carótida (grave) (0,3-1%).
- 4) Complicaciones visuales: lesión nervio óptico; lesión quiasma óptico.
- 5) Complicaciones por lesión del seno cavernoso (0,6-1%): a) Afectación de nervios motores oculares (estrabismo, visión doble); b) Afectación trigeminal; dolor facial; pérdida sensibilidad facial; anestesia corneal.
- 6) Fístula de líquido cefalorraquídeo, posible infección (meningitis) (3,4%).
- 7) Complicaciones nasofaciales y seno esfenoidal (0,8-40%): a) diástasis o fractura del paladar duro (Complicaciones excepcionales); b) fractura de la lámina cribosa (Complicaciones excepcionales); c) sinusitis; d) perforación naso-septal; e) deformación nasal; f) epístaxis.
- 8) Complicaciones endocrinológicas: hipopituitarismo. diabetes insípida (poliuria, polidipsia).

Fuente: Sociedad Española de Neurocirugía



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Área Sanitaria de Ferrol
Ferrol

Nº de HISTORIA:

Nome:

Apelidos:

CIRURXÍA DA HIDROCEFALIA

A hidrocefalia é unha alteración da produción e/ou reabsorción do líquido cefalorraquídeo (LCR) a nivel cerebral. Frecuentemente asóciase a unha obstrución conxénita ou adquirida nas vías de produción e distribución do líquido. Asóciase a defectos da medula espinal (mielomeningocele). Isto tradúcese nun aumento do LCR a nivel ventricular que causa hipertensión intracraneal con grave repercusión sobre o cerebro.

A sintomatoloxía consiste fundamentalmente en: aumento do perímetro cefálico por encima do valor standard en nenos pequenos, e a aparición de datos de hipertensión intracraneal (vómitos, irritación ou somnolencia, cefalea, etc.), sendo estes de maior gravidade en nenos maiores, chegando en ocasións ao estado de coma.

O procedemento cirúrxico consiste na implantación dun sistema de drenaxe de LCR dende o cerebro á cavidade abdominal. Para iso realízase unha incisión retroauricular, cunha mínima craneotomía, para a colocación dun catéter no ventrículo dilatado. Este conéctase baixo a pel a unha válvula reguladora de presión, que á súa vez é continuada por outro catéter que discorre por baixo da pel do pescozo, tórax e abdome, ata penetrar, a través dunha incisión, dentro do mesmo. Ao longo do crecemento do neno, previse o alongamento do sistema e/ou revisións do mesmo.

Este procedemento realízase baixo anestesia xeral.

As **complicacións** máis frecuentes son: hematomas subcutáneos, hemorraxias intraventriculares, infección da ferida cirúrxica ou do sistema valvular, **meningoencefalite**, **peritonite**, obstrución da drenaxe do LCR, etc.

Estas complicacións van desde leves a moi graves.

Se vostede, ou algún familiar desexa maior información, non dubide en consultar con calquera dos médicos do Servizo.

RISCOS PERSONALIZADOS

HISTERECTOMÍA CON/SIN ANEXECTOMÍA

La HISTERECTOMÍA consiste en la extirpación del útero, con (total) o sin (subtotal) el cuello uterino, lo que supone la imposibilidad de tener hijos y la desaparición de las menstruaciones. Se puede realizar por vía abdominal, por vía vaginal, o por vía vaginal ayudada por laparoscopia y su elección depende de las condiciones de cada caso y de la enfermedad que motive la intervención, de la cual ha sido informada detalladamente por su médico. La histerectomía no es la única alternativa de tratamiento de muchos procesos, existiendo otros tratamientos quirúrgicos y farmacológicos.

La intervención precisa anestesia que será valorada por el Servicio de Anestesia.

Durante el acto quirúrgico puede hacerse una ANEXECTOMÍA unilateral o bilateral, no planificada previamente, que es la extirpación de uno o ambos ovarios y trompas, lo cual depende de la enfermedad de base o de otros factores como la edad, hallazgos operatorios, patología asociada, aspecto que presenten los mismos durante la inspección quirúrgica y posible biopsia intraoperatoria. Al extirpar los ovarios se instaura la menopausia si antes no había empezado ya, pudiendo recibir tratamiento hormonal sustitutivo posterior según el criterio médico y de acuerdo con sus indicaciones, contraindicaciones y riesgos. En ocasiones, se realiza la APENDICECTOMÍA como medida profiláctica.

La histerectomía es una intervención quirúrgica mayor y por lo tanto no está exenta de un riesgo pequeño de mortalidad dependiente del acto quirúrgico, de la anestesia y de las condiciones y enfermedades asociadas de la paciente. Entre sus complicaciones posibles figuran: hemorragias (que pueden hacer necesaria la transfusión sanguínea intra o postoperatoria), infecciones (de la herida, pélvica, urinaria, respiratoria...), accidentes tromboembólicos, complicaciones anestésicas, complicaciones respiratorias, lesiones nerviosas, eventraciones, fistulas urinarias e intestinales..... Ocasionalmente, la dificultad del acto quirúrgico puede hacer inevitable la lesión directa, indirecta o diferida de estructuras pélvicas vecinas, generalmente digestivas y urinarias, lo cual puede no ser detectado en el acto quirúrgico siendo diagnosticado durante el postoperatorio. Estas complicaciones pueden requerir únicamente tratamiento médico, pero a veces, la gravedad de algunas de ellas puede hacer necesaria una nueva intervención quirúrgica. En casos raros una complicación de la histerectomía vaginal, como la hemorragia, puede obligar a hacer una laparotomía (apertura del abdomen). A largo plazo pueden aparecer prolapsos (descensos) del cuello uterino o la vagina, hernias laparotómicas (de la herida abdominal), patología de los ovarios restantes cuando se conservan los anejos, y algún grado de disfunción sexual.

Si usted, o algún familiar desea mayor información, no dude en consultar con cualquiera de los médicos del Servicio.

RIESGOS PERSONALIZADOS

INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE AVASTIN (BEVACIZUMAB)

INDICACIONES La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es la causa más frecuente de ceguera en el mundo occidental a partir de los 50 años de edad. Está provocada por una alteración patológica de la porción central de la retina denominada mácula. La mácula es la responsable de la visión central, útil para conducir, leer, reconocer caras, etc. Existen dos formas de DMAE: la exudativa y la atrófica. En la exudativa crecen vasos sanguíneos anómalos en el fondo del ojo. Estos pueden provocar sangrados y edema que provocarán la bajada de visión en los pacientes. Sin tratamiento la pérdida visual suele ser rápida y severa.

Existen otras condiciones del ojo que provocan el crecimiento de vasos anómalos en el fondo del ojo como puede ser la miopía, el síndrome de presunta histoplasmosis ocular, presencia de estrias angioides, etc. En algunos casos la causa es desconocida. Sin tratamiento la pérdida visual suele ser rápida y severa. Existen edemas de la mácula refractarios al tratamiento como pueden ser en las obstrucciones venosas o la retinopatía diabética. Sin tratamiento efectivo puede existir una pérdida severa y permanente de visión.

POSIBLES BENEFICIOS Y SITUACIÓN "OFF-LABEL" Avastin no fue diseñado para el tratamiento específico ocular. Basados en los resultados de los estudios clínicos que demostraron seguridad y eficacia Avastin está aprobado por la Food and Drug Administration americana (FDA) para el tratamiento del cáncer colorectal. El fármaco actúa bloqueando una sustancia conocida como el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF, siglas en inglés). Este bloqueo impide el crecimiento de vasos sanguíneos a nivel de la tumoración y se impide el crecimiento del mismo. Actualmente se está utilizando Avastin fuera de lo especificado en la etiqueta ("off-label") en oftalmología en el tratamiento de la DMAE y condiciones similares (edema macular) ya que la casuística clínica manifiesta los efectos beneficiosos del tratamiento debido a que el bloqueo del VEGF aporta efectos favorables a nivel retiniano.

LIMITACIONES Y ADMINISTRACIÓN El objetivo del tratamiento es prevenir la disminución progresiva de la visión. Si bien algunos pacientes han mejorado la visión una vez realizado el tratamiento no se restablece la visión que se ha perdido durante el proceso. La vía de administración es la intravítrea mediante la aplicación de anestesia tópica. Avastin se inyecta en intervalos regulares (cada 4-6 semanas) y el oftalmólogo decide el número de dosis necesarias.

ALTERNATIVAS El paciente no tiene la obligación de recibir tratamiento para su enfermedad, aunque sin el mismo estas enfermedades en la mayoría de ocasiones conducen a la pérdida muy grave, progresiva e irreversible de visión, a veces de forma rápida. Hay otras formas alternativas de tratamiento posibles. En este momento hay dos modalidades terapéuticas aprobadas para la degeneración macular asociada a la edad: la terapia fotodinámica mediante un fármaco llamado Visudyne y un tratamiento antiangiogénico mediante la inyección intraocular de un fármaco en la cavidad vítrea denominado Macugen. Aunque ambos tratamientos han demostrado que disminuyen la pérdida de visión, en la mayoría de pacientes no se produce una mejoría. Su oftalmólogo le comentará las ventajas, inconvenientes y riesgos asociados a estos tratamientos alternativos. En su caso, por las características de su enfermedad es muy poco probable que usted tenga un beneficio aceptable con los tratamientos actuales y si un riesgo importante de más pérdida de visión por lo que se le ha propuesto como medida alternativa el tratamiento con Avastin.

COMPLICACIONES DE LA MEDICACIÓN E INYECCIÓN Las complicaciones sufridas en pacientes con cáncer colorectal y con administración endovenosa de Avastin descritas son: perforación gástrica, hemorragias, fenómenos tromboembólicos, hipertensión, proteinuria, fallo congestivo cardíaco. De todas maneras la dosificación de Avastin en estos casos es 400 veces superior a la administrada en oftalmología, la vía de administración es endovenosa en vez de intravítrea y con periodo de intervalo entre dosis mucho más corto que en el caso de su patología.

Aunque no hay estudios aprobados por la FDA para el uso de Avastin dentro del ojo que demuestren su seguridad y eficacia, en este momento hay estudios clínicos en curso de fármacos similares así como estudios de pacientes que están recibiendo Avastin "off label". En un estudio que se utilizó Avastin por vía endovenosa en pacientes con DMAE sólo se evidenció un aumento de la presión arterial en algunos pacientes. En otro estudio de pacientes tratados con Avastin en la cavidad vítrea no se apreciaron estas elevaciones de la presión arterial y las otras complicaciones serias sufridas por pacientes con cáncer.

Cualquier medicación tiene el potencial de causar reacciones alérgicas en un número pequeño de pacientes. Síntomas de alergia incluyen entre otros: enrojecimiento, ampollas y erupciones en la piel, picor, sensación de ahogo y, raramente, muerte. Si usted tiene alguna alergia conocida a medicamentos debe hacérselo saber al oftalmólogo.

Toda intervención comporta algún tipo de riesgo. En el caso de la inyección intravítrea hay que tener presente:

- Elevación transitoria de la presión intraocular o infección intraocular
- Catarata, por el traumatismo de la inyección o por acción del propio medicamento
- Existen otras complicaciones menos frecuentes pero susceptibles de provocar una disminución de visión importante: sangrado, desprendimiento de retina.

Cualquiera o todas estas complicaciones pueden causar disminución de visión y/o tener la posibilidad de causar pérdida de visión y, en casos muy extremos, provocar ceguera. Es probable que se necesiten realizar tratamientos y procedimientos adicionales para tratar estas complicaciones, si ocurren. Si entre visitas de seguimiento usted nota síntomas que pudieran ser debidos a alguna de estas complicaciones deberá ponerse en contacto con su oftalmólogo o algún colega para descartar y tratar eventuales complicaciones.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE El paciente debe contactar con su oftalmólogo inmediatamente si alguno de los siguientes signos de infección u otras complicaciones ocurren: dolor, disminución de visión, dolor ocular a la luz, enrojecimiento del ojo diferente al causado por la inyección o secreción purulenta del ojo. Asimismo, no se debe frotar los ojos ni sumergirse durante al menos 3 días. Aunque la posibilidad de que complicaciones severas que afecten al resto del organismo son muy bajas, debe contactar con el médico internista o acudir a un Servicio de Urgencias médicas si siente dolor abdominal con vómitos y estreñimiento, sangrado anormal, dolor en el pecho, dificultades al hablar, dolor de cabeza importante, debilidad de alguna extremidad o cualquier otra sintomatología que parezca anormal.

Si usted, o alguno de sus familiares necesita mayor información, no dude en consultar con cualquiera de los Médicos del Servicio.

RIESGOS PERSONIFICADOS:

.....

.....

.....

.....

.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ley 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada por Ley 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D/Dña. mayor de edad, con
D.N.I.:, vecino/a de
calle n°, teléfono

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra.....
en fecha/...../..... (y que me ha sido entregada copia de la información) del
procedimiento:..... e
igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización
(complicaciones más frecuentes) y su no realización, así como de las posibles alternativas según
los medios asistenciales de este Centro.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido
aclaradas satisfactoriamente.

CONSIENTO:

A los facultativos del Servicio de..... a que
me practiquen el procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias
necesarias. Soy conocedor/a de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán
realizarse las actuaciones médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)
D/Dña., con D.N.I.:
en calidad de

Firmo dos ejemplares en A CORUÑA, a de de

Firma del paciente

Firma del representante legal

Firma del facultativo

He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.
Firma del paciente Firma del testigo Firma del facultativo
(o persona autorizada)

(Firmar sólo en caso de revocar el consentimiento previo).

Fecha:/...../.....

GASTROSCOPIA (ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA)

La gastroscopia es una técnica que permite visualizar directamente la parte alta del aparato digestivo (esófago, estómago y duodeno) mediante un endoscopio, que es un tubo delgado y flexible que se introduce por la boca. Habitualmente se realiza para evaluar el origen de molestias abdominales, como: dolor, náuseas, ardor, dificultad para tragar, digestiones pesadas y, es el mejor método disponible para diagnosticar la causa de las hemorragias que se originan en la parte alta del aparato digestivo.

La esófago-gastro-duodenoscopia (panendoscopia oral), o gastroscopia, no sólo es una técnica diagnóstica sino que proporciona una importante capacidad terapéutica (dilatación de estrecheces, colocación de prótesis, extirpación pólipos o pequeños tumores, inyección de sustancias o cauterización para detener hemorragias, extracción de cuerpos extraños, así como la toma de biopsias y citologías).

Puede requerir de anestesia o sedación, en cuyo caso será informado. Debe comunicarnos si tiene alguna alergia, si es portador de marcapasos o de prótesis valvular cardíaca o vascular, si padece alguna enfermedad infecciosa (hepatitis, sida, tuberculosis, etc), problemas respiratorios o cardíacos, o si está siendo tratado con anticoagulantes, aspirina, etc.

Para su correcta realización el estómago debe estar totalmente vacío. Por ello, evitará la ingesta de alimentos sólidos y líquidos desde la noche anterior si va a ser explorado por la mañana, o desde 8 horas antes si la gastroscopia se hace por la tarde. Antes de la gastroscopia no debe fumar ni tomar antiácidos y, si precisa tomar alguna medicina por boca hágalo lo antes posible y con poca cantidad de agua.

Es una técnica de corta duración y, una vez finalizada, si no ha recibido sedación ni anestesia local para la garganta, puede beber o comer cuando lo desee. Si recibió sedación, necesitará un tiempo de recuperación y no podrá conducir vehículos ni realizar trabajos de riesgo hasta el día siguiente, por lo que es conveniente venir siempre acompañado. Si su garganta fue adormecida, debe esperar aproximadamente un cuarto de hora antes de ingerir algo (en general cuando sea capaz de deglutir correctamente la saliva).

La exploración endoscópica alta tiene un riesgo muy bajo, apareciendo complicaciones en menos del 1 por 1000 de los procedimientos; con tratamientos especiales el riesgo es algo más elevado.

A pesar de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, los más importantes:

poco graves y frecuentes: náuseas y vómitos durante la exploración.

poco graves y poco frecuentes: flebitis, dolor y distensión abdominal,

graves y poco frecuentes: reacción a medicamentos, infección, aspiración bronquial, hemorragia, perforación, arritmias, reacción vagal y parada cardio-respiratoria. Estas complicaciones, aunque raras, pueden requerir tratamiento urgente, incluso de tipo quirúrgico.

Si en las horas o días posteriores a la gastroscopia presenta dolor torácico y/o abdominal intenso, con fiebre, vómitos o hemorragia debe acudir a urgencias de este hospital.

Si usted, o algún familiar desea mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del equipo en el Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

.....

CONSENTIMENTO INFORMADO

(Lei 41/2002 de 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica)
(Lei 3/2005 de 7 de marzo, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes)

D./Dña. maior de idade,
con D.N.I., veciño/a de
rúanº teléfono

MANIFESTO:

Que fun informado/a por o médico/a en data .../.../... (e que me foi entregada copia da información) do procedemento: **ENDOSCOPIA DIXESTIVA ALTA**; dos beneficios que se esperan, e do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes), e a súa non realización; así como das posibles alternativas, segundo os medios asistenciais deste centro. Comprendín toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

CONSINTO:

Ós facultativos do Servizoa que me practiquen o procedemento mencionado e escrito no anverso e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de que en caso de urxencia ou por causas imprevistas, poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para manterme con vida ou evitarme dano.

Sei que en calquera momento podo revogar o meu consentimento

Por incapacidade ou renuncia a toma de decisión: persoa que autoriza (familiar ou tutor legal)

D./Dña. con

D.N.I. en calidade de

Asino dous exemplares en : a de de

Sinatura paciente

Sinatura do representante legal

Sinatura do Médico

decidín **REVOGAR** o consentimento para a realización do procedemento referido neste documento.

Sinatura paciente
(ou persoa autorizada)

Sinatura testemuña

Sinatura Facultativo

Data:/...../.....



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Área Sanitaria de Ferrol
Ferrol

Nº de HISTORIA:

Nome:

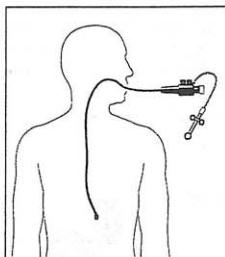
Apelidos:

ENDOSCOPIA DIXESTIVA ALTA

A endoscopia oral ou gastroscopia é unha exploración que permite ver directamente a mucosa de esófago, estómago e duodeno. Faise introducindo un aparato flexible e delgado a través da boca co fin de comprobar se existe algunha anomalía. No curso da exploración, se é necesario, tomaranse pequenas mostras de tecido (biopsias) sen causarlle dor para o seu análise.

Se durante a exploración encontrase un pólipo, unha das posibilidades de tratamento con menos problemas e mellor tolerada que a cirurxía é a realización da polipectomía endoscópica, extirpación mediante un lazo metálico e paso de corrente eléctrica baixo control endoscópico. A través do endoscopio poden realizarse outros tratamentos, como dilatación de zonas estreitas do esófago, estómago e duodeno, extracción de obxectos que houbesen inxerido e tratamento de vasos hemorráxicos ou úlceras mediante inxección de medicamentos ou aplicación de gas argón.

Non debe comer nin beber nada durante a noite anterior. Avise se presenta algún tipo de alerxia, é portador de marcapasos, próteses metálicas, alteracións da coagulación, enfermidade cardiorrespiratoria ou se toma algún tipo de medicación habitual. Ocasionalmente aplicárase un anestésico local na garganta para reduci-la sensibilidade ou se administrará algún medicamento en vena para deixalo somnolento e relaxado. Durante a exploración é posible que note náuseas. É un fenómeno normal que desaparece rapidamente. Non sentirá dor e poderá respirar normalmente.



Excepcionalmente esta exploración comporta certo risco de perforación, hemorraxia e alteracións cardiorrespiratorias, e pode requirir ingreso hospitalario e incluso cirurxía urxente. Os riscos son lixeiramente superiores se a endoscopia se acompaña de extirpación de pólipos ou algún outro tipo de tratamento endoscópico. Si se administran sedantes existe risco de sedación excesiva ou de algún tipo de reacción farmacolóxica. No caso de aparecer algunha complicación poranse por parte do Hospital as medidas necesarias para corrixila.

Se vostede, ou algún familiar desexa maior información, non dubide en consultar con calquera dos médicos do Servizo.

RISCOS PERSONALIZADOS



Hospital Clínico Universitario de Santiago Servicio de Aparato Digestivo

Datos del paciente (etiqueta)

Hoja de información básica sobre Endoscopia Digestiva Alta

Estimado/a paciente:

La endoscopia del tracto digestivo alto (esófago, estómago y duodeno) permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Su médico le habrá explicado o le explicará la necesidad de realizar esta exploración. Usted debe conocer los riesgos de la misma antes de dar su consentimiento. Esta hoja pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerla tiene alguna duda, coméntela con su médico. Después, firme este documento si da su consentimiento para la realización de la prueba.

¿Cómo se realiza la endoscopia?

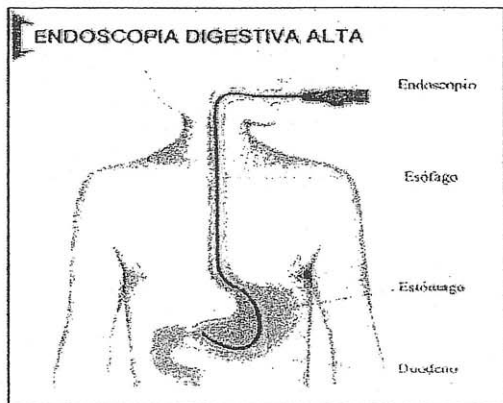
En la endoscopia se introduce por la boca un tubo flexible (el **endoscopio**) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. Antes de introducir el tubo, se aplica en la garganta un anestésico local con el fin de disminuir las molestias. Si usted lo desea, se le puede inyectar un sedante. Para facilitar la exploración y mejorar la visibilidad, el médico tiene que introducir aire en el estómago a través del endoscopio, lo cual puede causar algunas molestias.

Habitualmente durante la endoscopia se toman **muestras de biopsia**. Esto se realiza mediante una pinza pequeña y no causa ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.

Si fuera necesario aplicar algún tratamiento endoscópico (p.ej. extracción de un pólipo), se le informará oportunamente.

¿Qué preparación se necesita?

Para una exploración adecuada, el estómago debe estar sin restos de alimentos. Por ello, el día de la exploración debe acudir usted en ayunas, es decir, sin haber tomado alimentos sólidos ni líquidos.



¿Qué complicaciones son posibles?

La endoscopia digestiva alta es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, en casos muy aislados, a pesar de la elección y realización correctas de la técnica, puede producirse alguna de las complicaciones siguientes:

- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata inmediatamente durante la misma endoscopia. Para ello existen distintos métodos.
- Muy raramente puede comprometerse la función cardíaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorrespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.
- Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de ellos.
- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, o la rotura de alguna pieza dental, básicamente si está en mal estado o poco fija.

¿Qué debe tener en cuenta tras la exploración?

- Debido al anestésico local que se le aplicará en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos **una hora tras la exploración**.
- Si presenta **dolor o algún otro tipo de molestias** tras la endoscopia (p.ej. mareo, náuseas, vómito de sangre) informe a su médico.

- Si usted no está ingresado en el hospital es aconsejable que alguien le acompañe tras la exploración. Si le ha sido inyectado un sedante no debe conducir, trabajar con maquinaria peligrosa o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.

Preguntas importantes

Estas preguntas pretenden predecir en la medida de lo posible riesgos especiales que usted pueda presentar.

1. ¿Tiende usted a sangrar con facilidad? (p.ej. frecuentes hemorragias nasales, tendencia a presentar hematomas en la piel por pequeños golpes) Sí ☐ No ☐
2. ¿Toma usted medicamentos para la coagulación? (p.ej. Sintrom, Aspirina, Adiro, Tiklid) Sí ☐ No ☐
3. ¿Presenta usted algún tipo de alergia? (p.ej. asma, alergia a medicamentos, al esparadrapo, a alimentos) Sí ☐ No ☐
¿Cuál? _____
4. ¿Sufre alguna enfermedad del corazón, de la circulación, de los bronquios o los pulmones? (p.ej. infarto, hipertensión, bronquitis, asma) Sí ☐ No ☐
¿Cuál? _____
5. ¿Sufre de alguna enfermedad infecciosa aguda o crónica (p.ej. hepatitis, SIDA) o de alguna otra enfermedad importante (p.ej. epilepsia, glaucoma) Sí ☐ No ☐
¿Cuál? _____
6. ¿Es diabético? Sí ☐ No ☐
7. ¿Ha sido previamente operado del estómago o de algún otro órgano del aparato digestivo? Sí ☐ No ☐
8. ¿Se le mueve algún diente, tiene los dientes en mal estado o lleva dentadura postiza? Sí ☐ No ☐
9. ¿Está o puede usted estar embarazada? Sí ☐ No ☐

Preguntas a su médico

Pregúntele a su médico todas sus dudas y otros aspectos importantes, como p.ej.

- ¿Es necesaria esta exploración?
- ¿Hay algún otro método como alternativa?
- ¿Existe para mí un riesgo especial?
- ¿Sufro yo de alguna enfermedad importante que no se haya preguntado en este documento y que el endoscopista deba saber?

Anotaciones del médico

(p.ej. riesgos especiales para este paciente, posibles consecuencias en caso de que el paciente no dé su consentimiento, razón de su renuncia).

- ☐ La exploración propuesta no ha sido aceptada por el / la paciente a pesar de la explicación sobre la necesidad de la misma y de las consecuencias de su renuncia.

Fecha Firma del médico Firma del paciente

Consentimiento

Sobre la exploración propuesta así como sobre las posibles medidas diagnósticas y terapéuticas que puedan requerirse durante la misma me ha informado adecuadamente el

Dr. _____

quien ha respondido a todas mis dudas sobre la exploración, la necesidad de la misma y las posibles complicaciones, así como sobre las medidas asociadas a la misma (p.ej. toma de biopsias, administración de fármacos como sedantes, anestésicos de la garganta, etc.) y sus riesgos.

No tengo más preguntas, me siento adecuadamente informado/a y doy mi consentimiento a la realización de la exploración propuesta tras haber tenido un tiempo que considero suficiente para decidirme. Doy también mi consentimiento a la realización de las maniobras diagnósticas y/o terapéuticas que sean necesarias durante la realización de la endoscopia.

Fecha Firma del médico Firma del paciente